

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК терапевтических дисциплин

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТИТОВ

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 31.02.01 Лечебное дело
4 курса группы 03051521
Бричка Дарьи Петровны**

Научный руководитель
преподаватель Зверева О.Н.

Рецензент
Заведующая гастроэнтерологическим отделением
ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода»
Ярошенко Е.Е.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА.....	5
1.1. Общие сведения о хроническом панкреатите	5
1.2. Современные подходы к лечению и профилактике хронического панкреатита	14
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТИТОВ.....	22
2.1. Исследование распространенности хронического панкреатита среди пациентов ОГБУЗ «Городская больница №2» г. Белгорода.....	22
2.2. Анализ анкетирования пациентов с хроническим панкреатитом.....	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	41
РЕКОМЕНДАЦИИ	43
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	44
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	46

ВВЕДЕНИЕ

Проблема хронического панкреатита в настоящее время является очень актуальной в гастроэнтерологии. Заболеваемость хроническим панкреатитом во всем мире отчетливо увеличивается, за последние 30 лет она возросла более чем в два раза. Отмечается повышение уровня заболеваемости среди подростков и лиц молодого возраста в 4 раза. Такие высокие показатели увеличения числа заболевших обусловлены ростом употребления алкоголя и распространением нерационального несбалансированного питания. Хронический панкреатит значительно распространен среди трудоспособного населения. Длительное хроническое течение заболевания сильно влияет на качество жизни пациентов и может привести к частичной или полной утрате трудоспособности. Уровень инвалидизации при хроническом панкреатите достигает 15%.

Высокая летальность доказывает неблагоприятное и прогрессирующее течение хронического панкреатита. После подтверждения диагноза в течение первых 10 лет погибает 20% заболевших, за 20 последующих лет – до 50% [12]. Около 15-20% больных с диагнозом хронический панкреатит погибают от различных осложнений, связанных с атаками панкреатита.

В России распространенность данного заболевания у взрослых составляет 27-50 случаев на 100 000 населения. За последние годы заметно снизился средний возраст, в котором раньше наиболее часто диагностировали заболевание. Произошло понижение с 50 до 39 лет. В последнее время увеличилась заболеваемость среди женщин на 30% [11].

Актуальность данного исследования заключена в необходимости изучения профилактики хронического панкреатита, ведь благодаря профилактическим мерам можно не допустить возникновения этого заболевания вовсе или же предотвратить развитие осложнений и ухудшения состояния пациентов.

Цель исследования: изучить роль фельдшера в профилактике хронических панкреатитов.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ медицинской литературы по изучению проблемы хронического панкреатита;
2. Исследовать распространенность хронического панкреатита среди пациентов гастроэнтерологического отделения ОГБУЗ «Городская больница № 2» г. Белгорода;
3. Проанализировать результаты анкетирования;
4. Разработать рекомендации для пациентов по профилактике хронического панкреатита.

Объект исследования: пациенты гастроэнтерологического отделения ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода».

Предмет исследования: роль фельдшера в профилактике хронических панкреатитов.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический (анализ литературы и периодических изданий по проблеме заболеваемости);
2. Организационный (сравнительный, комплексный);
3. Социологический (анкетирование);
4. Психодиагностический (беседа);
5. Эмпирический (наблюдение, дополнительные методы исследования);
6. Статистический (обработка информационного материала).

Практическая значимость исследования: заключается в выявлении возможных причин неэффективной профилактики хронического панкреатита. Результаты исследования представляют интерес для медицинских работников, так как могут помочь в разработке рекомендаций для пациентов.

База исследования: гастроэнтерологическое отделение ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода».

Время исследования: 2018 - 2019 год.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

1.1. Общие сведения о хроническом панкреатите

Хронический панкреатит – это прогрессирующее заболевание поджелудочной железы преимущественно воспалительной природы, характеризующееся развитием необратимых структурных изменений паренхимы и протоков, ведущее к развитию фиброза, внешне- и внутрисекреторной недостаточности.

Каковы же причины хронического панкреатита?

1. Главной причиной возникновения хронического панкреатита является алкоголь. Злоупотребление алкоголем приводит к развитию и обострению хронического панкреатита примерно в 60–80% случаев. При этом существенного значения не имеет длительность употребления алкогольных напитков. Из-за алкоголя повышается концентрация ферментов в панкреатическом соке, в результате чего его движение по протокам замедляется. Также алкоголь приводит к спазму сфинктера, находящегося между двенадцатиперстной кишкой и поджелудочной железой, таким образом блокируя выход панкреатического сока из протока [14].

2. В развитии хронического панкреатита значительную роль играют заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей. Согласно статистике, примерно у двух пациентов из трех, болеющих хроническим панкреатитом, имеется желчнокаменная болезнь. В 25% случаев хронический панкреатит выявляется во время операций по поводу калькулезного и некалькулезного холецистита. Воспалительный процесс в желчевыводящих путях приводит к развитию стеноза или недостаточности сфинктера Одди. В результате в

протоках повышается давление и компоненты панкреатического сока попадают в паренхиму, где развивается воспалительный процесс.

3. Часто к развитию хронического панкреатита приводят болезни желудочно-кишечного тракта. Такие заболевания, как недостаточность большого дуоденального сосочка или дуоденостаз приводят к рефлюксу содержимого двенадцатиперстной кишки в панкреатический проток, усиливая действие ферментов панкреатического сока. Хронический панкреатит может возникнуть при пенетрации язвы двенадцатиперстной кишки или желудка. Возникший воспалительный процесс может распространиться на другие органы, в том числе и на поджелудочную железу. Причиной хронического панкреатита могут стать возникшие нарушения в прохождении содержимого по кишечнику. Из-за чего развивается хроническая интоксикация и происходит инфицирование кишечного содержимого, что в дальнейшем приводит к воспалению поджелудочной железы [1, с. 216].

4. Причиной хронического панкреатита могут быть и травмы поджелудочной железы. В первую очередь травма сопровождается острым панкреатитом и его осложнениями, которые могут переходить в хронический панкреатит. Послеоперационный панкреатит развивается чаще всего из-за повреждения сосудов, протоков или паренхимы железы. Они могут произойти при операциях на двенадцатиперстной кишке, на желчных путях, при спленэктомии, при биопсии поджелудочной железы. При тупой травме живота чаще всего происходит повреждение панкреатического протока с развитием перитонита или панкреатического свища, кист поджелудочной железы.

5. Питание преимущественно углеводной и жирной пищей при недостатке белков ведет к резкой стимуляции внешней секреции. Также важными факторами являются нерегулярное питание и частое употребление копченостей, острой, жаренной пищи.

6. Эндокринопатии и нарушение обмена веществ также могут стать причиной хронического панкреатита. В основном заболевание развивается при нарушениях в обмене кальция в организме и в функции паращитовидных

желез. Увеличение уровня кальция в крови способствует переходу трипсиногена в трипсин и активирует панкреатическую липазу. Трипсин и липаза вызывают саморазрушение поджелудочной железы. Если паразитовидные железы продуцируют чрезмерное количество паратгормона, то это приводит к увеличению содержания кальция в панкреатическом соке, что в дальнейшем ведет к образованию конкрементов в протоках и паренхиме поджелудочной железы. Также могут вызвать заболевание нарушения липидного обмена, при которых наблюдается жировая инфильтрация клеток поджелудочной железы, повреждение сосудистой стенки, образование тромбов [3, с. 298].

7. Вызвать развитие хронического панкреатита могут некоторые лекарственные препараты. Наиболее выраженное воздействие на поджелудочную железу оказывает прием стероидных гормонов, препаратов тиазинового ряда – хлоротиазид и фуросемид, антикоагулянтов, ряда нестероидных противовоспалительных средств, а также сульфаниламидов, иммунодепрессантов и некоторых других.

8. Значение имеют и другие факторы: постоянный стресс, интоксикации, пороки развития поджелудочной железы и ее протоков, инфекционные и паразитарные болезни, а также аллергические факторы [15].

Основные этиологические факторы, вызывающие развитие хронического панкреатита представлены в таблице (Таблица 1).

Таблица 1

Причины хронического панкреатита

Основные группы причин	Заболевания и другие этиологические факторы
Алкоголь	Алкогольные напитки
Заболевания желчевыводящих путей	Желчнокаменная болезнь, холецистит, дискинезия желчевыводящих путей
Заболевания желудочно-кишечного тракта	Недостаточность большого дуоденального сосочка, дуоденостаз, дуоденальные дивертикулы, язвенная болезнь, хронический

	КОЛИТ
Травма поджелудочной железы	Острая и тупая травмы, интраоперационные повреждения
Несбалансированное питание	Нерегулярное питание, употребление преимущественно углеводной и жирной пищи, частое употребление копченостей, острой, жареной пищи
Эндокринопатии и нарушение обмена веществ	Нарушения в обмене кальция в организме и в функции паращитовидных желез, нарушения липидного обмена
Прием лекарственных препаратов	Стероидные гормоны, препараты тиазинового ряда, антикоагулянты, сульфаниламиды, ряд нестероидных противовоспалительных средств
Другие факторы	Постоянный стресс, интоксикации, пороки развития поджелудочной железы и ее протоков, инфекционные и паразитарные болезни, аллергические факторы

Классификация хронического панкреатита.

Классификация хронического панкреатита с учетом ведущего этиологического фактора приведена в таблице (Таблица 2).

Таблица 2

Классификация хронического панкреатита

Первичный	Посттравматический	Вторичный
-----------	--------------------	-----------

<ul style="list-style-type: none"> • Алкогольный; • из-за нарушения питания; • лекарственный панкреатит; • на фоне обменных нарушений. 	<ul style="list-style-type: none"> • На фоне открытой травмы; • на фоне тупой травмы; • после интраоперационных повреждений. 	<ul style="list-style-type: none"> • Холецистопанкреатит; • при болезнях желудочно-кишечного тракта; • при эндокринопатиях.
--	---	--

Классификация с учетом ведущего клинического синдрома (упрощенная классификация А.А. Шелагурова):

- рецидивирующий панкреатит (характеризуется приступами острого панкреатита);
- «болевая форма» (выраженный болевой синдромом);
- латентный панкреатит (нарушаются в основном функции поджелудочной железы);
- псевдотуморозная форма (своими проявлениями похож на опухоль поджелудочной железы с выраженной механической желтухой) [9].

Клиника.

Можно выделить основные синдромы, встречающиеся наиболее часто.

1. Болевой синдром разной интенсивности — одно из ведущих клинических проявлений хронического панкреатита. Боли могут иметь характер повторяющихся приступов или же быть постоянными. Чаще всего они локализуются в эпигастральной области, правом или левом подреберье. Для хронического панкреатита характерна иррадиация болей в поясницу, лопаточную область или плечо. Довольно часто боли сопровождаются рвотой, достаточно обильной, но она не приносит облегчения. При рецидивирующем панкреатите боли возникают приступообразно, могут быть очень сильными, режущими. Вне периода обострения болей нет, но нередко после приема пищи возникает ощущение тяжести и давления в подложечной области. Болевой синдром может быть невыраженным или отсутствовать совсем, чаще всего это

обусловлено атрофией тканей поджелудочной железы и нарушением внешнесекреторной активности [2, с. 86].

2. Снижение массы тела является вторым по частоте встречаемости симптомом хронического панкреатита. Оно обусловлено снижением экзокринной функции поджелудочной железы и развитием внутрисекреторной недостаточности, что приводит к нарушению всасывания белков, жиров и витаминов. Также уменьшению массы тела способствует отказ пациентов от приема пищи из-за возникающих сильных болей после еды [8].

3. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы обнаруживается у большинства пациентов с хроническим панкреатитом. Наиболее часто наблюдаются диспепсические расстройства: вздутие живота, чувство тяжести после приема пищи, отрыжка. После нарушений в диете эти явления усиливаются. Наблюдаются расстройства стула, сначала беспокоят упорные запоры, затем диарея, так же может быть неустойчивый стул с переменной запора и диареи. Стул обильный, жирный, светлого или серого цвета с элементами непереваренной пищи. Кроме этого больные жалуются на сухость и шелушение кожи, стоматит и другие симптомы недостатка витаминов. Эти расстройства обусловлены прогрессирующей атрофией ткани поджелудочной железы и зависят от длительности заболевания. Внешнесекреторная недостаточность может быть первичной и вторичной (Таблица 3) [19].

Таблица 3

Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы

Первичная недостаточность	Вторичная недостаточность
---------------------------	---------------------------

<p>Внешнесекреторная недостаточность вызвана заболеваниями самой поджелудочной железы, которая начинает вырабатывать меньше ферментов (хронический панкреатит, резекция поджелудочной железы, ее крупные кисты и опухоли).</p>	<p>Поджелудочная железа продуцирует достаточное количество ферментов, но их действие не может быть реализовано в полной мере. Вторичная недостаточность подразделяется на:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Гепатогенную. Происходит нарушение активации липазы в просвете кишки из-за недостатка желчных кислот или нарушенного ритма поступления желчи и панкреатических ферментов в двенадцатиперстную кишку. ➤ Гастрогенную. Возникает при сниженной секреции желудка, которая компенсируется функциональным напряжением поджелудочной железы. ➤ Энтерогенную. Вызвана бактериальной контаминацией. Слизистая оболочка тонкой кишки повреждается патогенной и условно-патогенной флорой. ➤ Сосудистую. Обусловлена нарушениями в микроциркуляции, например, при абдоминальной ишемии.
--	---

4. Внутрисекреторная недостаточность поджелудочной железы может быть скрытой при нарушении толерантности к глюкозе или проявляться

вторичным сахарным диабетом. Уровень инсулиновой недостаточности зависит от длительности заболевания. Через 4 года после возникновения хронического панкреатита сахарный диабет обнаруживается у 40% больных, а спустя 10-12 лет уже у 90% [4, с. 211].

5. Билиарная гипертензия (холестаз) обнаруживается у 10% пациентов с хроническим панкреатитом. Она появляется из-за длительного сдавливания общего желчного протока головкой поджелудочной железы, которая отекает при обострении. На фоне приступа болей могут быть выявлены потемнение мочи и желтушность склер. При интенсивной продолжительной желтухе могут развиваться проявления острой почечной недостаточности и энцефалопатии.

6. Нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки. В стадии компенсации при дуоденальном стенозе наблюдается чувство тяжести в верхних отделах живота, отрыжка, снижение аппетита. В стадии декомпенсации главный симптом – рвота пищей, съеденной накануне, что вызывает развитие водно-электролитных расстройств (метаболический алкалоз, гипокалиемия).

7. Сегментарную портальную гипертензию обнаруживают при операции по поводу хронического панкреатита. Основными признаками являются увеличение селезенки, расширение венозных сосудов большого сальника, кардиального отдела желудка, желудочно-ободочной связки. Клинические проявления встречаются редко, к ним относятся желудочно-кишечные кровотечения из расширенных вен желудка, увеличение селезенки [10, с. 528].

8. Панкреатический асцит и плеврит являются признаками внутренних свищей поджелудочной железы. При длительном хроническом панкреатите, протекающем с панкреатической гипертензией, в стенке поверхностно расположенных протоков или кист под воздействием высокого давления возникает дефект. При этом панкреатический секрет поступает в брюшную, иногда плевральную полость, где развивается процесс воспаления, усиливая экссудацию. Клинически это проявляется увеличением живота в объеме, возникновением или усугублением периферических отеков. При

панкреатоплевральных свищах возникает гидроторакс, который проявляется одышкой, притуплением перкуторного звука, снижением голосового дрожания.

9. Панкреатическое кровотечение в панкреатические протоки встречается редко. Развивается при разрыве псевдоаневризмы одного из сосудов, окружающих поджелудочную железу. При этом протоки заполняются кровью, что сопровождается болевым синдромом, а после излития ее в двенадцатиперстную кишку возникает желудочно-кишечное кровотечение в виде рвоты кровью или кофейной гущей [6, с. 365].

Диагностика.

1. С помощью проведения общего анализа крови можно выявить признаки воспалительного процесса:

- ✓ увеличение числа лейкоцитов;
- ✓ повышение скорости оседания эритроцитов.

2. При проведении биохимического анализа крови определяется:

- ✓ понижение уровня общего белка, глобулинов, альбуминов;
- ✓ снижение общего холестерина и уровня кальция;
- ✓ повышение уровня глюкозы выше нормы;
- ✓ во время обострения увеличивается уровень амилазы, липазы, трипсина.

3. Анализ кала помогает определить недостаток определенных ферментов:

- ✓ нехватка липазы и расстройство переваривания жиров приводит к стеаторее, которая определяется по наличию жира в кале.
- ✓ недостаточность трипсина и расстройство переваривания белков ведет к креаторее, которая выявляется по присутствию мышечных клеток в кале;
- ✓ нехватка амилазы и расстройство переваривания углеводов приводит к амилорее, которую можно определить по присутствию крахмала в кале.

4. С помощью анализа мочи можно определить уровень амилазы, который повышается во время обострения хронического панкреатита.

5. Исследуя секреторную функцию поджелудочной железы проводят функциональные тесты:

- ✓ при проведении теста с секретинном уменьшается производство воды и бикарбонатов поджелудочной железой;
- ✓ при проведении теста с холецистокинином у пациентов с хроническим панкреатитом понижается концентрация ферментов поджелудочной железы [5, с. 271].

6. С помощью ультразвукового исследования можно обнаружить камни в поджелудочной железе, желчном пузыре, протоках. Также можно получить информацию о размерах железы, расширении протоков, образовавшихся кистах.

7. С помощью компьютерной томографии можно получить детализированное изображение формы, размеров, структуры поджелудочной железы, определить наличие камней, расширения протоков. Также можно исследовать окружающие ткани и органы, и кроме того сделать заключение о степени развития воспаления.

8. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография дает возможность обнаружить хронический панкреатит на ранних стадиях. Можно увидеть расширение или деформацию панкреатических протоков, наличие камней в них. Исследование позволяет точно оценить желчные пути, обнаружить стеноз желчного протока и его степень [18].

1.2. Современные подходы к лечению и профилактике хронического панкреатита

При хроническом панкреатите лечение подразделяют на:

- 1) лечение в период обострения заболевания;
- 2) поддерживающее лечение в период между приступами, целью которого является профилактика обострений хронического панкреатита.

При хроническом панкреатите назначают индивидуальное лечение, которое проводится под контролем врача. Основные группы препаратов для лечения хронического панкреатита представлены в таблице (Таблица 4).

Лечение хронического панкреатита

Группы препаратов	Препараты
Спазмолитики и анальгетики	Но-шпа, папаверин, баралгин
Ферментные препараты	Мезим, креон, панкреатин
Антацидные препараты	Фосфалюгель, алмагель, гастал
Ингибиторы протонного насоса	Фамотидин, омепразол
Противовоспалительные препараты	Диклофенак
Препараты, снижающие активную секрецию поджелудочной железы	Октреотид, сандостатин
Прокинетики	Мотилиум, церукал, метоклопрамид
Седативные препараты	Валериана, пустырник

1. Пациентам, страдающим хроническим панкреатитом для снятия спазма гладкой мускулатуры и обезболивания назначают спазмолитики и анальгетики. Применяют но-шпу, папаверин, дротаверин, баралгин.

2. Чтобы облегчить пищеварительный процесс, уменьшить боли и вздутие в качестве заместительной терапии используют ферментные препараты, такие как мезим, креон, панкреатин. Они восполняют недостаточность ферментов поджелудочной железы и создают для органа функциональный покой. Применяют внутрь во время еды.

3. Для защиты слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки от кислого содержимого назначают антацидные препараты. Хороший эффект наблюдается от применения фосфалюгеля, алмагеля, гастала за тридцать минут до приема пищи.

4. На сегодняшний день одними из самых лучших препаратов для нейтрализации кислоты являются фамотидин и омепразол. Например, омепразол нужно принимать по 1 таблетке (20 мг) 2 раза в день.

5. При наличии воспаления в поджелудочной железе назначают противовоспалительные препараты, например, диклофенак.

6. Некоторым пациентам при обострении и при сильных болях, которые не купируются спазмолитиками необходимы препараты, снижающие активную секрецию поджелудочной железы. Хорошо зарекомендовали себя такие препараты, как октреотид, сандостатин.

7. Для устранения диспепсических симптомов назначают прокинетики. Воспаление в поджелудочной железе ведет к нарушению моторики, что проявляется рвотой, тошнотой, отрыжкой. Помогают облегчить состояние пациента такие препараты, как мотилиум, церукал, метоклопрамид. Они восстанавливают моторику в желудочно-кишечном тракте, предотвращают дуоденогастральный рефлюкс. Например, мотилиум принимают по 10 мг 3 раза в день, за пол часа до приема еды.

8. У некоторых пациентов из-за длительного и затяжного течения заболевания могут развиваться психосоматические состояния, поэтому им необходимы седативные и психотропные препараты. Чтобы устранить плаксивость, раздражительность, нарушения сна применяют валериану, пустырник, эглонил и другие препараты [13].

9. Важной частью лечения хронического панкреатита является диета. В первые дни заболевания показан голод и питье до 1-1,5 л в сутки, можно пить воду без газа, отвар шиповника (1-2 стакана). По мере улучшения самочувствия пациенту разрешают есть. Пища должна быть механически и химически щадящей, малокалорийной. Вначале начинают с жидких протертых молочных каш, овощных пюре, слизистых супов. Затем диету постепенно расширяют, увеличивая объём и калорийность блюд, включая новые блюда: паровой омлет, супы из различных круп, сухари, яйца всмятку, нежирные сорта мяса и рыбы и другие. Всю пищу необходимо готовить на пару или варить. Дробный режим питания 5-6 раз в день. Включают компоты из фруктов, некрепкий чай, минеральную воду. Соль ограничивают до 6 г в сутки. Горячие блюда должны иметь температуру, не превышающую 56-62 °С, а холодные – не ниже 15-17 °С.

Есть случаи, когда нужно назначить парентеральное питание, которое обеспечивает поджелудочной железе функциональный покой. Проводят внутривенные инфузии аминокислотных растворов, растворов глюкозы с инсулином и электролитами и другие [16].

В период ремиссии назначают поддерживающую терапию. Она необходима, чтобы компенсировать секреторную недостаточность поджелудочной железы, создать благоприятные условия для ее функционирования и предупредить обострения заболевания. Для этого назначают диету и ферментные препараты.

Из-за нарушений в пищеварительном процессе при хроническом панкреатите часто наблюдаются авитаминозы, электролитные нарушения, снижение веса. Для восстановления используют витаминотерапию, аминокислоты, анаболические гормоны.

При длительном течении хронического панкреатита могут развиваться нарушения углеводного обмена и развитие сахарного диабета. Инсулиновая недостаточность может иметь различную степень развития. Могут быть как преходящие нарушения во время обострения, так и постоянная недостаточность, которая требует назначения сахароснижающих таблеток или инсулина в зависимости от степени тяжести состояния [7].

Профилактика хронического панкреатита.

Известно, что болезнь легче предупредить, чем лечить, а для хронического панкреатита это особенно важно, так как для него характерны тяжелые осложнения, высокий уровень инвалидизации и смертности.

Профилактику хронического панкреатита подразделяют на:

1. Первичную профилактику, направленную на предупреждение возникновения заболевания.
2. Вторичную профилактику, целью которой является исключение факторов, приводящих к обострению хронического панкреатита.

Основные компоненты первичной и вторичной профилактики представлены в таблице (Таблица 5).

Виды профилактики хронического панкреатита

Первичная	Вторичная
<ul style="list-style-type: none"> • Отказ от алкоголя; • Отказ от курения; • Здоровое питание; • Укрепление здоровья. 	<ul style="list-style-type: none"> • Соблюдение диеты; • Санаторно-курортное лечение; • Диспансерное наблюдение.

Какие же основные положения первичной профилактики?

✓ Откажитесь от употребления алкоголя! Главным фактором риска в возникновении хронического панкреатита является чрезмерное употребление алкоголя. Даже некрепкие алкогольные напитки при частом их употреблении наносят существенный вред поджелудочной железе. Необходимо снизить частоту приема алкоголя до редких случаев и употреблять не чаще одного раза в месяц. Лучший вариант, конечно же, полностью отказаться от алкогольных напитков, особенно если есть и другие предрасполагающие факторы для развития хронического панкреатита.

✓ Все еще курите? Курение оказывает негативное воздействие на все органы и системы организма человека, не исключение и пищеварительная система. При курении возникает воспаление в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта, стимулируется желудочная секреция, а содержащиеся в табачном дыме канцерогены оказывают повреждающее действие на клетки поджелудочной железы. Нет никаких сомнений, что от курения нужно полностью отказаться.

✓ Питайтесь правильно! Если у человека нет проблем с пищеварением, то ему не нужно будет соблюдать слишком уж сложные правила. Достаточно ограничить употребление жирной, жареной, сильно острой и соленой еды, так как такая пища чрезмерно нагружает поджелудочную железу. Так же желательно ограничить сахар и кондитерские изделия, ведь для их усвоения необходима повышенная активность клеток поджелудочной железы.

Ограничений нет в употреблении свежих фруктов и овощей, круп и различных других продуктов.

✓ Заботьтесь о своем здоровье и укрепляйте его! Если человек начнет заботиться о своем здоровье и будет стремиться его улучшить, то и вероятность заболеть у него значительно снизится. Для укрепления здоровья необходимы:

- Ежедневные прогулки на свежем воздухе;
- Здоровый сон;
- Соблюдение режима труда и отдыха;
- Поддержание нормального веса тела;
- Соблюдение баланса между количеством принимаемой пищи и физической активностью;
- Устранение стрессов [19].

Что стоит рекомендовать пациенту, болеющему хроническим панкреатитом, для достижения стойкой ремиссии?

✓ Соблюдать рекомендации по питанию. Для предупреждения обострений хронического панкреатита необходимо исключить алкогольные напитки, курение, жирную, острую и жареную пищу, копчености, кофе. Не желательно употреблять рыбные и мясные бульоны. Принимать пищу нужно небольшими порциями, примерно до 300 г за один прием, 5-6 раз в день. Необходимо уменьшить суточное употребление жира до 60 г, углеводов до 300 г, белков до 60-120 г. Также необходимо снизить употребление соли до 6-8 г в сутки. Употреблять пищу в отварном виде или приготовленную на пару. Нельзя есть холодную и слишком горячую пищу. В рацион должны быть включены различные овощи и фрукты, супы из овощей, а также из круп (рисовые, гречневые, овсяные), молочные продукты с низкой жирностью (молоко, кефир, нежирный творог). Нежирные сорта рыбы и мяса можно употреблять только в период ремиссии [16].

✓ Проходить санаторно-курортное лечение. Назначается больным с хроническим панкреатитом в период ремиссии. Санаторно-курортное лечение играет значительную роль в системе лечебных и реабилитационных

мероприятий у пациентов с хроническим панкреатитом. При хроническом панкреатите в условиях санатория применяют некоторые естественные факторы. Главным таким фактором является прием минеральной воды. Положительное влияние на поджелудочную железу оказывает употребление таких вод, как "Славяновская", "Смирновская", "Ессентуки №4". В результате приема минеральных вод уменьшаются застойные явления в желчных протоках и поджелудочной железе, за счет этого также уменьшается воспаление. Благодаря минеральным водам нормализуются моторные нарушения и усиливается эвакуация желудочного содержимого. Минеральные воды также применяют и наружно в виде углекисло-сероводородных, соляно-щелочных ванн, а также хвойных, йодобромных и некоторых других. Также применяют грязелечение, которое показано пациентам с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы или при сопутствующих заболеваниях органов пищеварения. Грязелечение улучшает кровообращение, способствует снижению воспаления и боли. Улучшению состояния здоровья пациента способствуют повторные курсы санаторно-курортного лечения в течение 2-3 лет подряд.

✓ Необходимо проходить диспансерное наблюдение, так как нередко хронический панкреатит протекает с частыми рецидивами, имеет прогрессирующее течение и приводит к инвалидизации. Диспансерное наблюдение осуществляется в поликлинике у терапевта и гастроэнтеролога, при необходимости еще и у хирурга. Оно заключается в вызове пациентов 2-4 раза в год (зависит от тяжести заболевания), в оценивании общего состояния, жалоб и физикальных данных, а также в проведении необходимых обследований и курсов лечения.

При легком течении хронического панкреатита пациенты наблюдаются участковым терапевтом. Обследование проводят 2 раза в год. Для предупреждения обострений назначают диету, полиферментные препараты курсами на 4-6 недель. По показаниям могут назначить спазмолитики или прокинетики, желчегонные препараты курсами на 2-3 недели.

При хроническом панкреатите со средней тяжестью или тяжелым течением пациенты наблюдаются у гастроэнтеролога. Обследование проводят чаще, 3-4 раза в год. С целью предупреждения рецидивов назначают лечение каждые 2-3 месяца. Применяют препараты, которые назначают и при легком течении, но могут быть увеличены дозы и продолжительность прием лекарств.

Пациенты с хроническим панкреатитом могут быть сняты с диспансерного учета при условии компенсации хронического процесса и отсутствия обострений в течение последних 5 лет. В основном это относится к пациентам со вторичным хроническим панкреатитом, при котором устранение основной причины ведет к выздоровлению. Пожизненному диспансерному наблюдению подлежат пациенты с внешне- и внутрисекреторной недостаточностью, перенесшие операцию на поджелудочной железе [17].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТИТОВ

2.1. Исследование распространенности хронического панкреатита среди пациентов ОГБУЗ «Городская больница №2» г. Белгорода

Для общего представления о заболеваемости хроническим панкреатитом проводилось исследование статистических данных за 2018 год на базе ОГБУЗ «Городская больница №2» г. Белгорода.

В ходе проведенного анализа статистических данных было обнаружено, что распространенность заболеваний органов дыхания составляет 18%, заболеваний системы кровообращения 23%, заболеваний мочеполовой системы 27%, заболеваний органов пищеварения 32%. В результате чего можно сделать вывод, что заболевания пищеварительной системы стоят на первом месте по распространенности среди других заболеваний (Рис. 1).

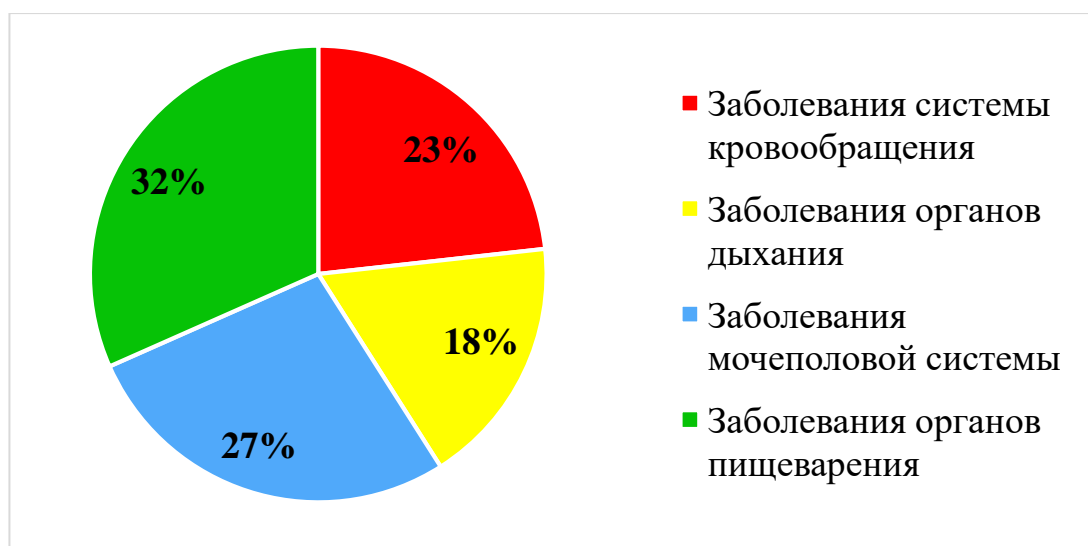


Рис. 1. Распространенность заболеваний органов пищеварения

В результате анализа статистические данные было выявлено, что большинство пациентов были доставлены в больницу по экстренным показаниям. Наиболее часто пациентов госпитализируют с заболеваниями: кишечника – 658, желчного пузыря и желчевыводящих путей – 657, поджелудочной железы – 557. Таким образом, можно сделать вывод, что

заболевания поджелудочной железы являются одними из самых распространенных среди болезней органов пищеварения (Таблица 6).

Таблица 6

Заболевания органов пищеварения

Наименование болезни	Всего пациентов	Были доставлены по экстренным показаниям	Умерло
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	257	240	20
Гастрит и дуоденит	38	35	
Неинфекционный энтерит и колит	105	101	1
Другие заболевания кишечника	658	632	39
Заболевания печени	301	217	32
Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей	657	517	14
Заболевания поджелудочной железы	557	460	20
Другие заболевания органов пищеварения	427	170	1

Особое внимание следует обратить на то, что смертность от заболеваний кишечника составляет 31%, печени 25%, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки 16%, поджелудочной железы 16%, желчного пузыря и желчевыводящих путей 11%. Таким образом, можно сделать вывод, что удельный вес пациентов умерших от заболеваний поджелудочной железы достаточно высок и составляет 16% (Рис. 2).

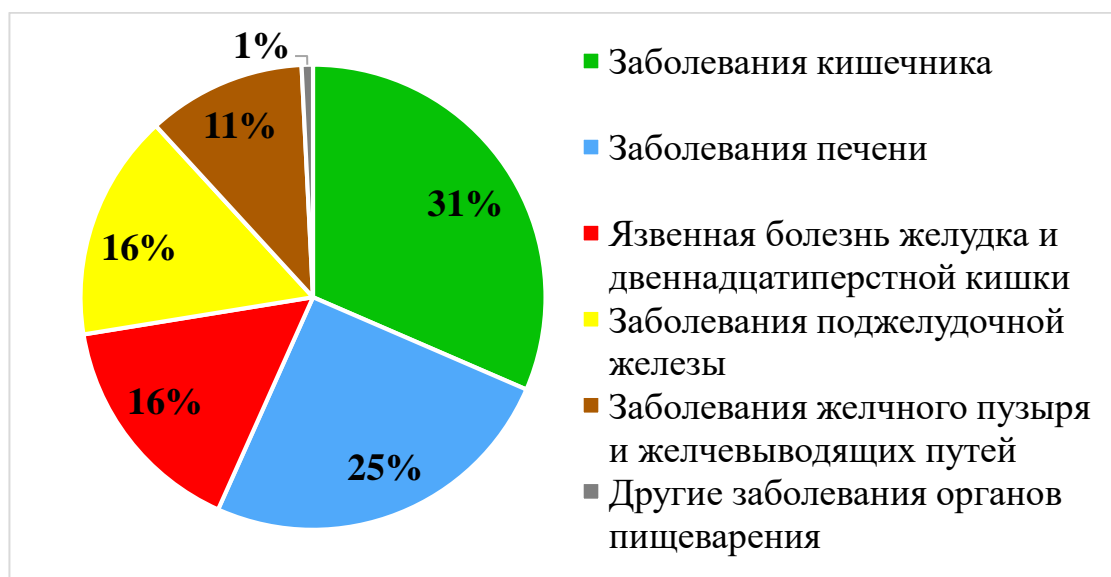


Рис. 2. Смертность от заболеваний органов пищеварения

Было выявлено, что заболевания поджелудочной железы составляют 19% среди всех заболеваний органов пищеварения, то есть встречаются примерно у каждого пятого пациента. Можно сделать вывод, что распространенность заболеваний поджелудочной железы достаточно велика (Рис. 3).



Рис. 3. Распространенность заболеваний поджелудочной железы

В результате анализа статистических данных было выявлено, что в 73% случаев пациентов госпитализируют с хроническим панкреатитом и другими заболеваниями поджелудочной железы, а в 27% случаев с острым панкреатитом. Таким образом, можно сделать вывод, что при госпитализации преобладают пациенты с хроническим панкреатитом (Рис. 4).



Рис. 4. Распространенность панкреатитов

2.2. Анализ анкетирования пациентов с хроническим панкреатитом

Была проведена исследовательская работа с использованием анкет в гастроэнтерологическом отделении ОГБУЗ «Городская клиническая больница № 2 г. Белгорода». Нами была разработана анкета с 30 вопросами для изучения роли фельдшера в профилактике хронических панкреатитов. Методом анонимного анкетирования были опрошены 30 пациентов, мужского и женского пола, имеющие хронический панкреатит.

В результате исследования было выявлено, что среди опрошенных респондентов 60 % мужчины, 40% женщины. То есть можно сделать вывод, что хроническим панкреатитом чаще болеют мужчины (Рис. 5).

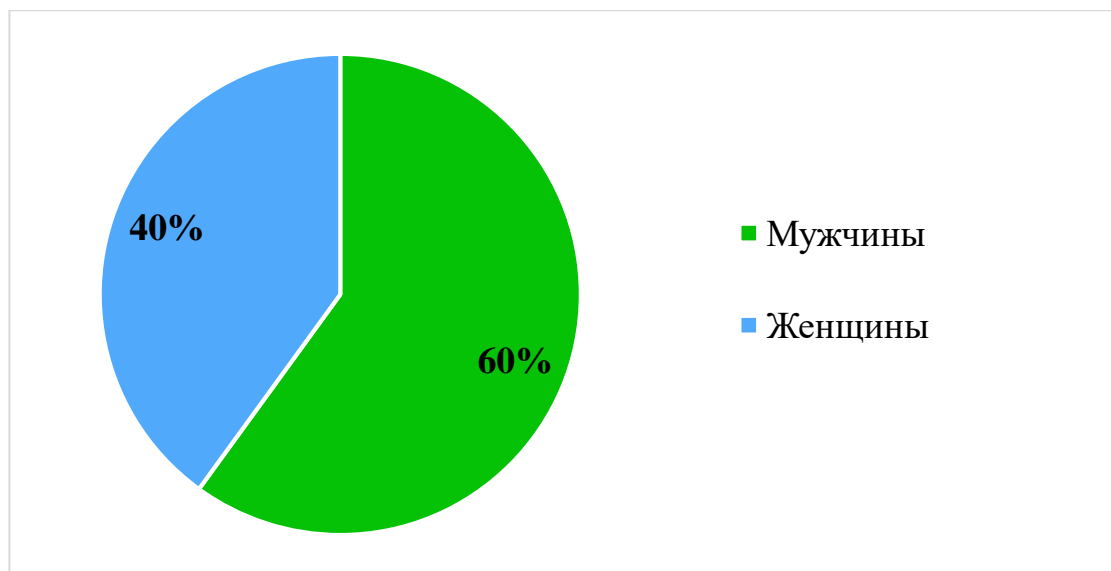


Рис. 5. Распределение респондентов по полу

Результаты исследования показывают, что пациенты распределились по возрасту: 18-30 лет 3%, 31-40 лет 13%, 41-60 лет 54%, 60 и более 30%. В результате чего выяснилось, что хронический панкреатит возникает чаще всего в возрасте 41-60 лет (Рис. 6).

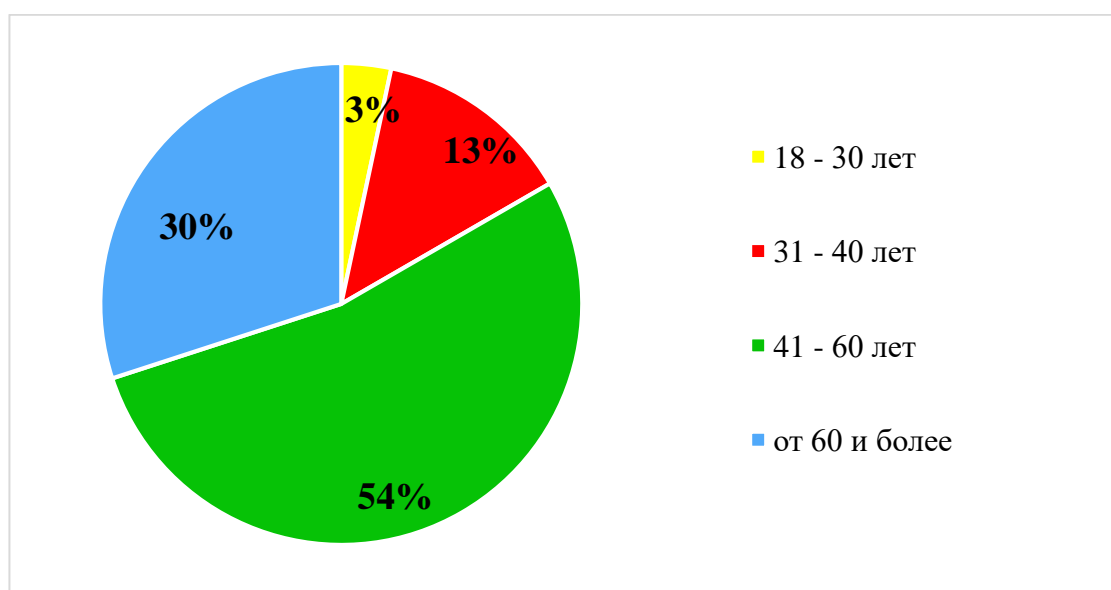


Рис. 6. Распределение респондентов по возрасту

Исследование показало, что у 53% пациентов среднеспециальное образование, у 30% – высшее и только у 17% – среднее. Таким образом, большинство пациентов имеют среднеспециальное образование (Рис. 7).

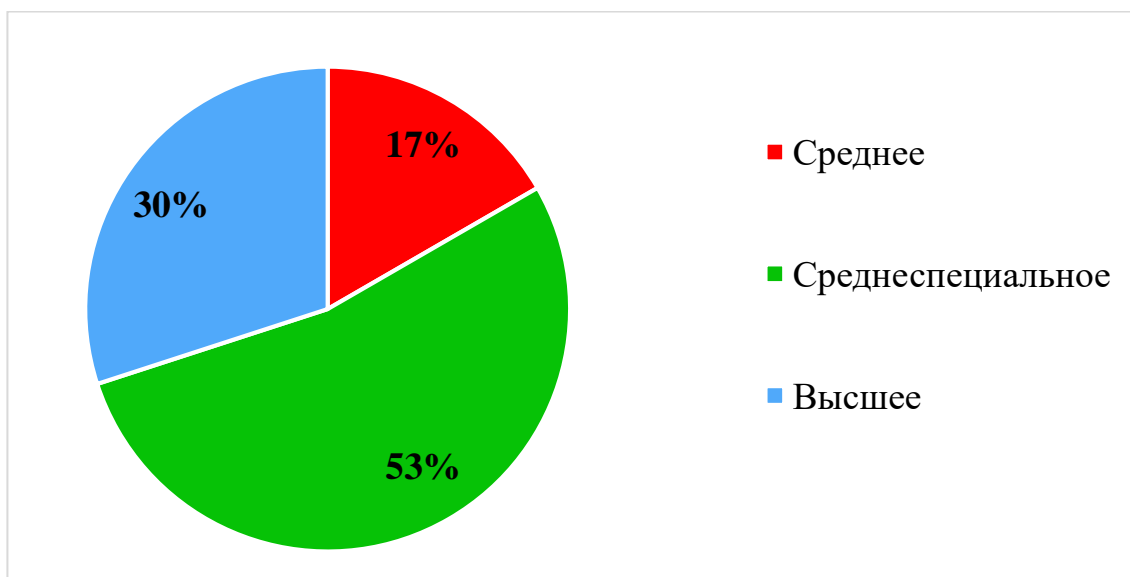


Рис. 7. Распределение респондентов по уровню образования

В результате исследования было выявлено, что 73% респондентов проживают в городе, 27% за городом. То есть хроническим панкреатитом болеют чаще городские жители (Рис. 8).

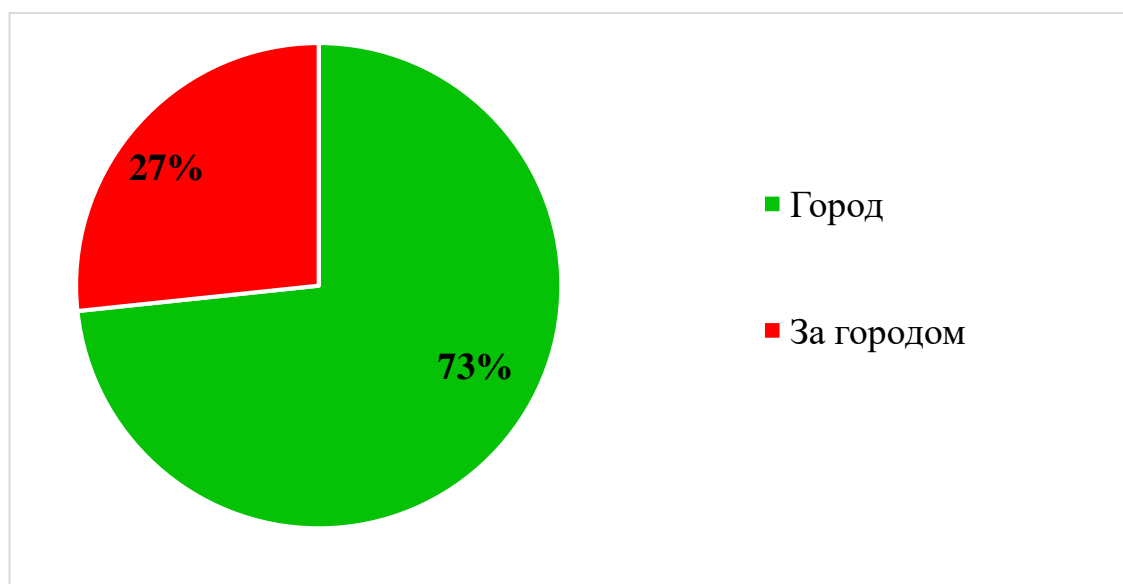


Рис. 8. Место жительства

Было выявлено, что 53% пациентов болеют хроническим панкреатитом в течение 1-10 лет, 27% не дольше 2 месяцев, 13% в течение 3-12 месяцев и 7% - более 10 лет. Анализ показал, что большинство пациентов болеют хроническим панкреатитом от 1 года до 10 лет (Рис. 9).

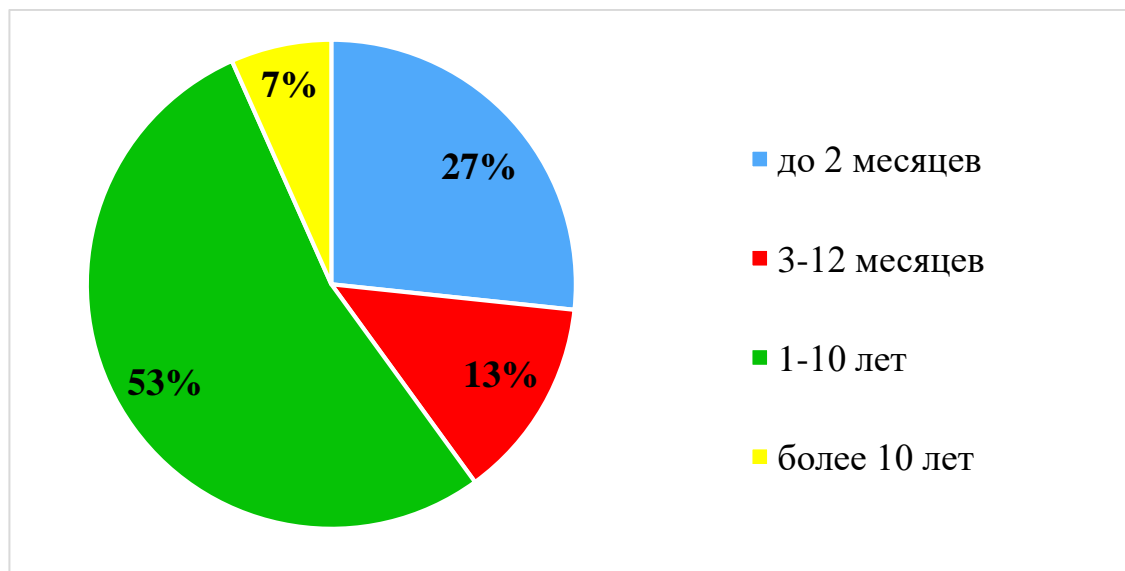


Рис. 9. Длительность заболевания

Результаты исследования показывают, что у 67% респондентов есть осложнения хронического панкреатита, у 33% их нет. То есть у большинства респондентов есть осложнения (Рис. 10).

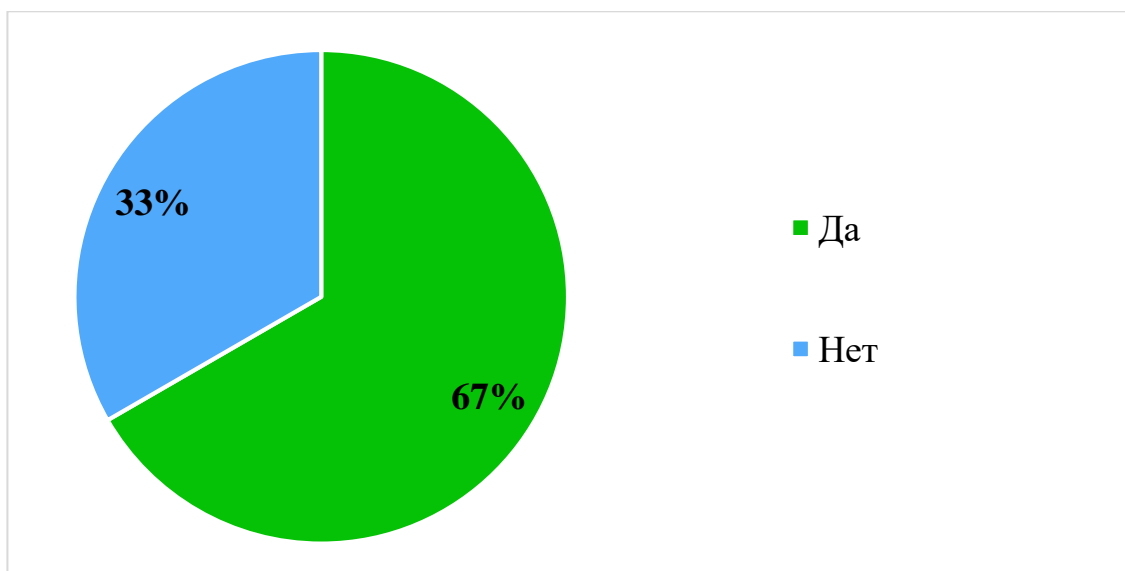


Рис. 10. Наличие осложнений

В результате исследования было выявлено, что 53% респондентов, то есть большинство, не проходят диспансерное наблюдение, а 47%, проходят (Рис. 11).

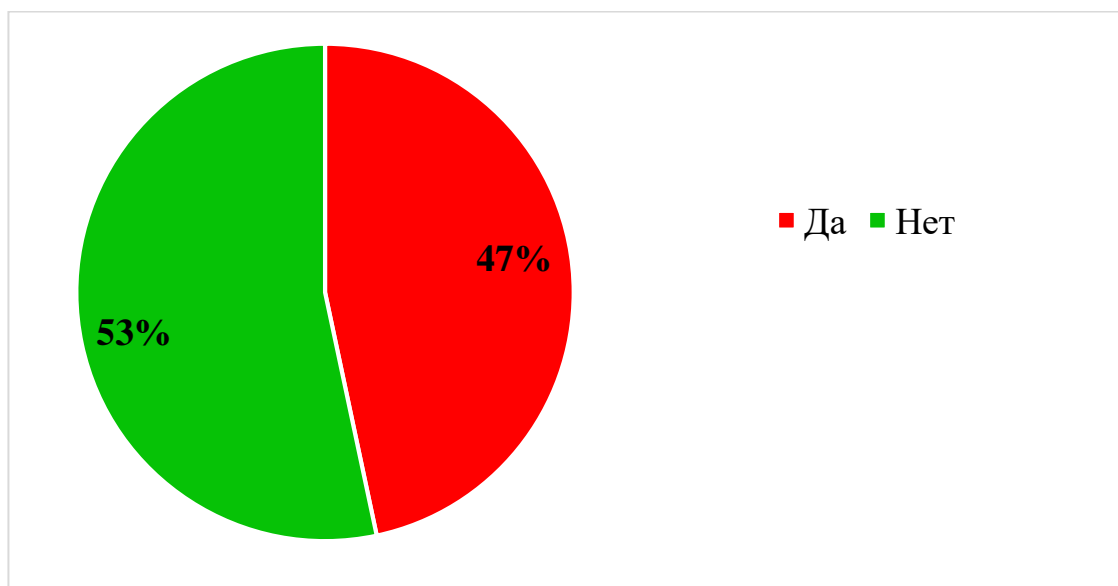


Рис. 11. Диспансерное наблюдение

Исследование показало, что у 54% пациентов частота обострений 1-2 раза в год, у 13% чаще 2 раз в год, у 10% реже 1 раза в год и у 23% обострений еще не было. Таким образом, было выявлено, что у большинства пациентов частота обострений 1-2 раза в год (Рис. 12).



Рис. 12. Частота обострений

В результате исследования было выявлено, что среди опрошенных пациентов курят - 57%, не курят – 43%. То есть большинство пациентов курит (Рис. 13).

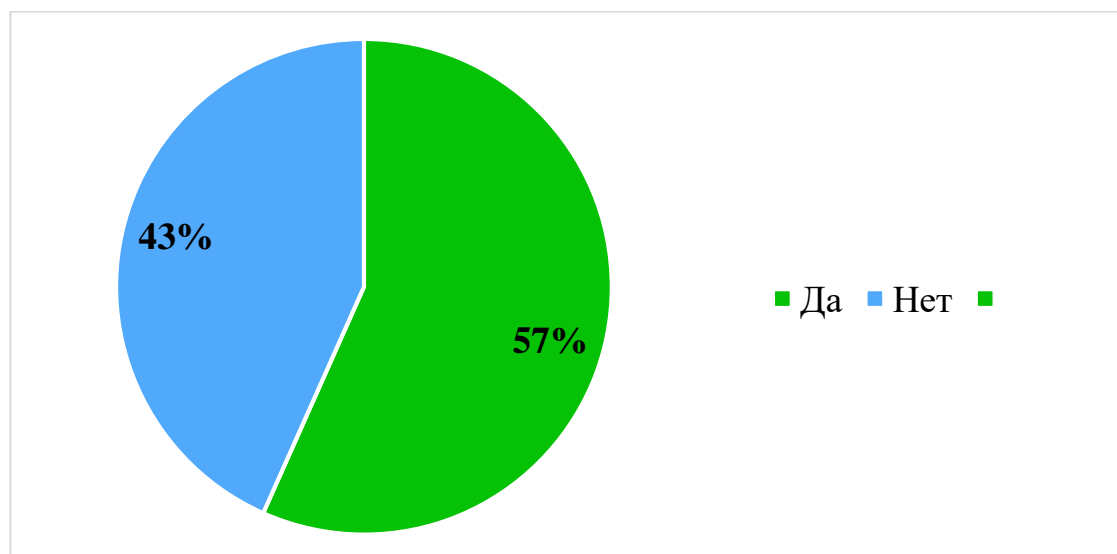


Рис. 13. Курение

По результатам исследования алкогольную продукцию употребляют: да 17%, нет 20%, иногда 63%. Таким образом, можно сделать вывод, что большинство респондентов употребляют алкоголь (Рис. 14).

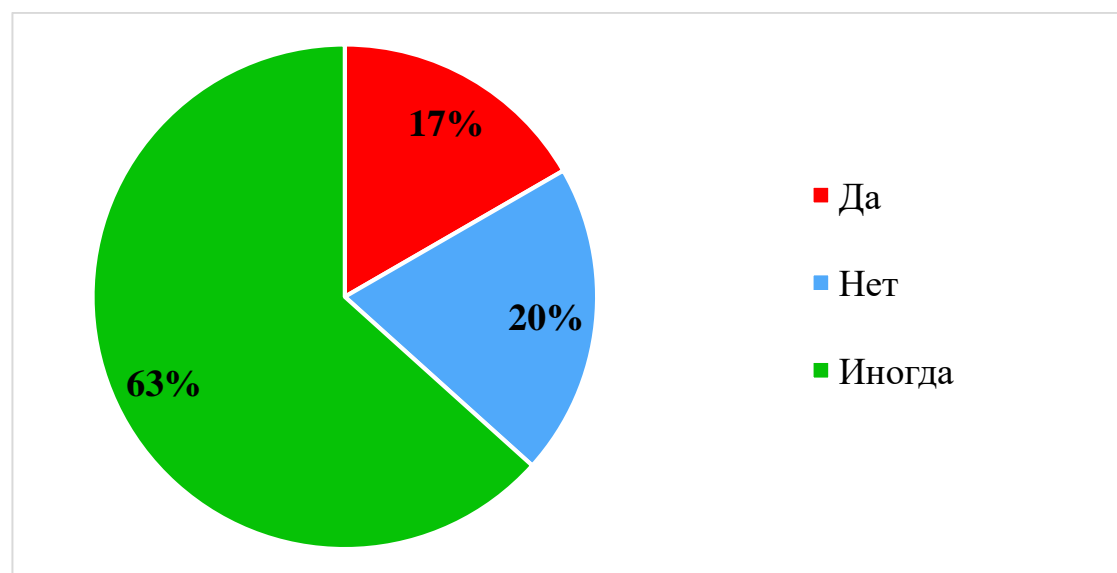


Рис. 14. Употребление алкоголя

Исследование показало, что 57% респондентов, то есть большинство, принимают пищу нерегулярно, 43% регулярно (Рис. 15).

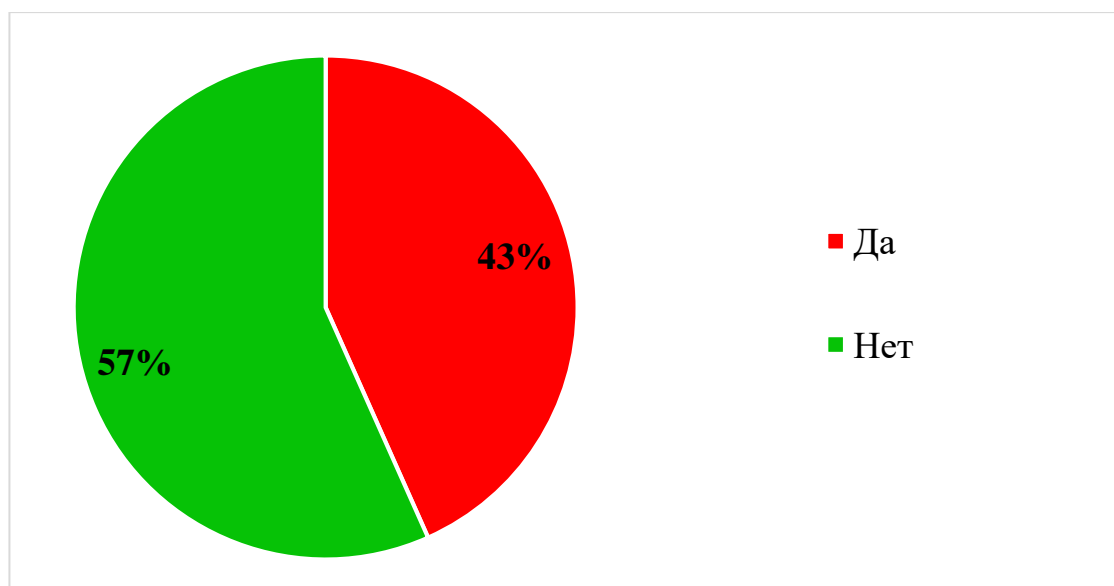


Рис. 15. Регулярность приема пищи

У респондентов выявлено наличие в питании острых, жирных и копченых блюд: 52% иногда, 26% да, 22% нет. Таким образом, можно сделать вывод, что большая часть респондентов нарушает режим питания (Рис. 16).

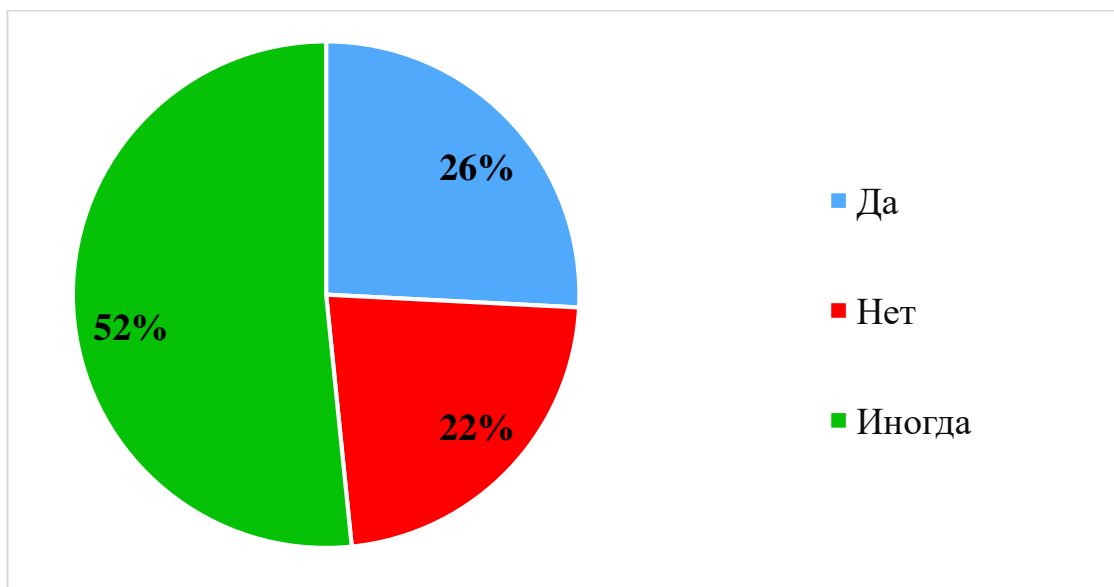


Рис. 16. Наличие в питании острых, жирных и копченых блюд

В результате исследования было выявлено наличие у респондентов желчнокаменной болезни: 57% да, 43% нет. Таким образом, можно сделать вывод, что у большей половины респондентов имеется желчнокаменная болезнь (Рис. 17).

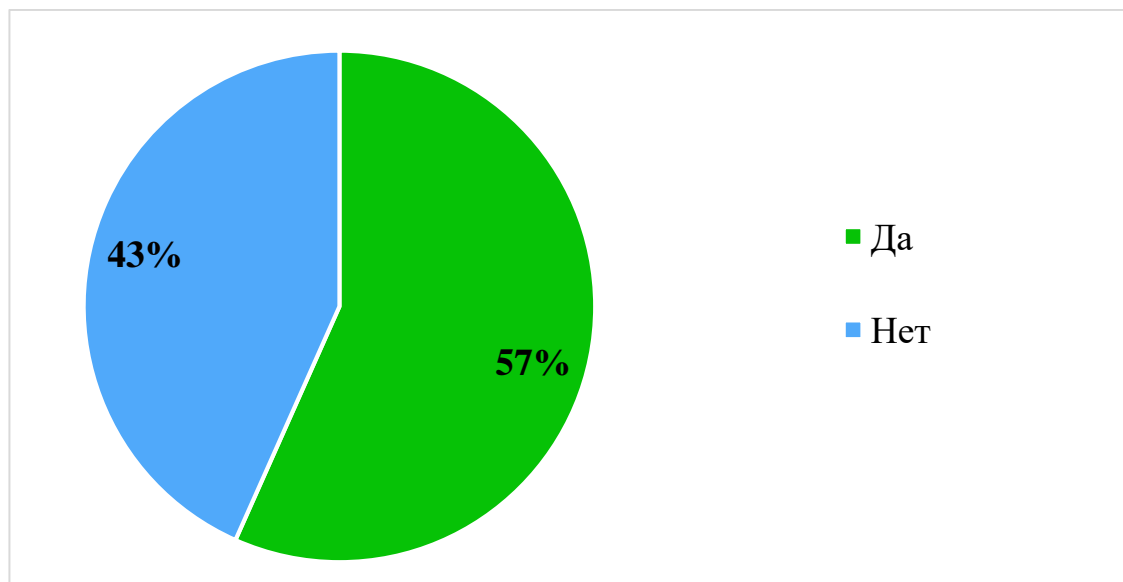


Рис. 17. Наличие желчнокаменной болезни

По результатам исследования у 77% респондентов, то есть у большинства, имеются заболевания желудочно-кишечного тракта, у 23% их нет (Рис. 18).

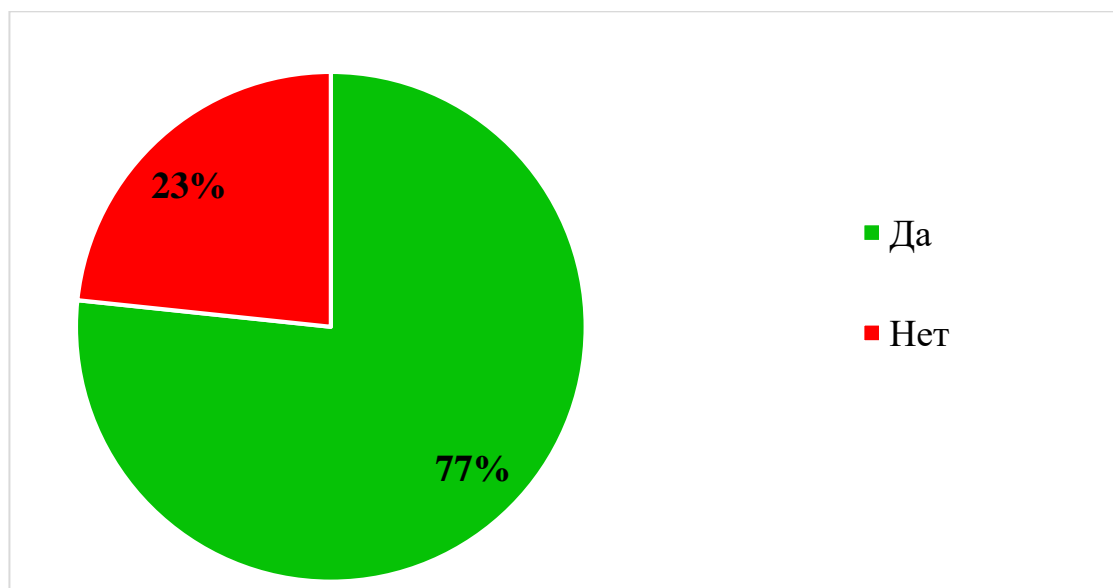


Рис. 18. Наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта

Исследование показало, что среди опрошенных респондентов 53% имеют избыточный вес, 47% не имеют. То есть респонденты распределились на примерно одинаковые группы (Рис. 19).

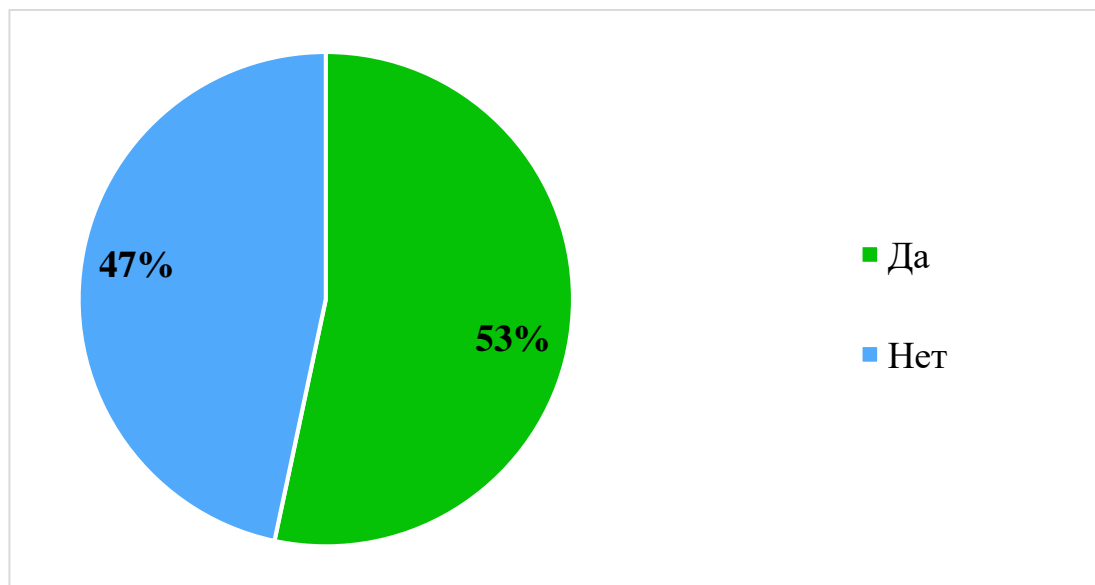


Рис. 19. Наличие избыточного веса

Выявлено у респондентов наличие стрессовых ситуаций: 70% да, 30% нет. То есть можно сделать вывод, что большинство респондентов испытывают стресс (Рис. 20).

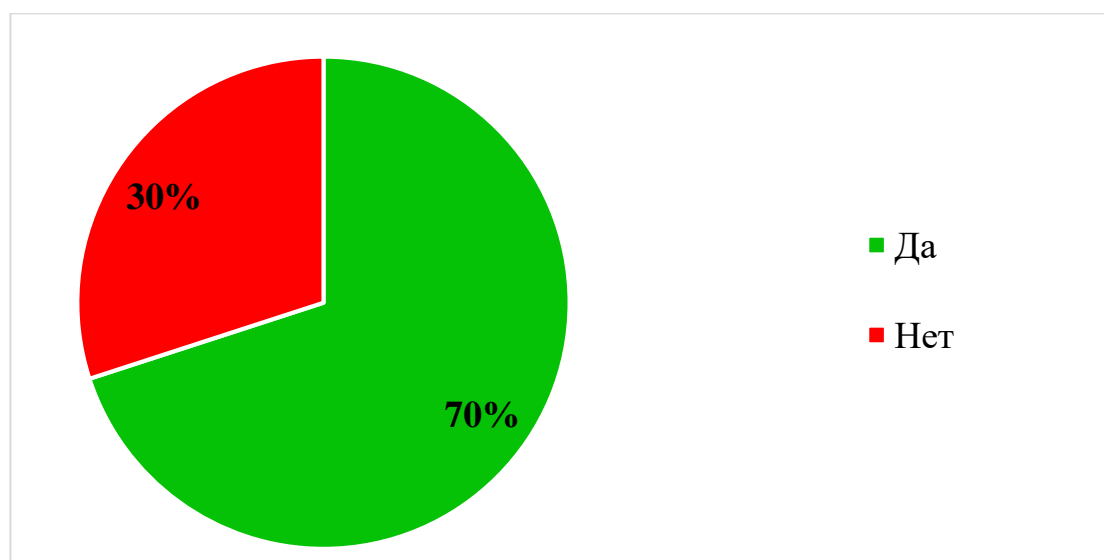


Рис. 20. Наличие стрессовых ситуаций

Было выявлено, что 57% пациентов обратились за медицинской помощью через несколько дней после появления первых симптомов заболевания; 36% – в тот же день и 7% – в течение первых часов. Таким образом, можно сделать вывод, что большинство пациентов не сразу обратились за помощью, а только через несколько дней (Рис. 21).

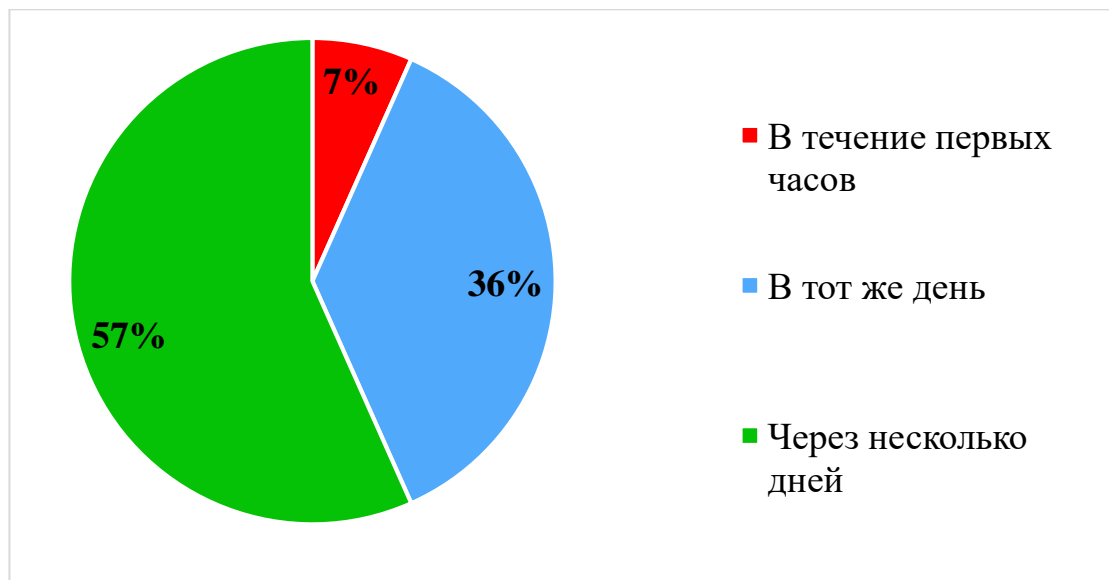


Рис. 21. Обращение за медицинской помощью

Исследование показало, что 83% пациентов, то есть большинство, ощущают вздутие живота, чувство тяжести после приема пищи, отрыжку, а 17% нет (Рис. 22).

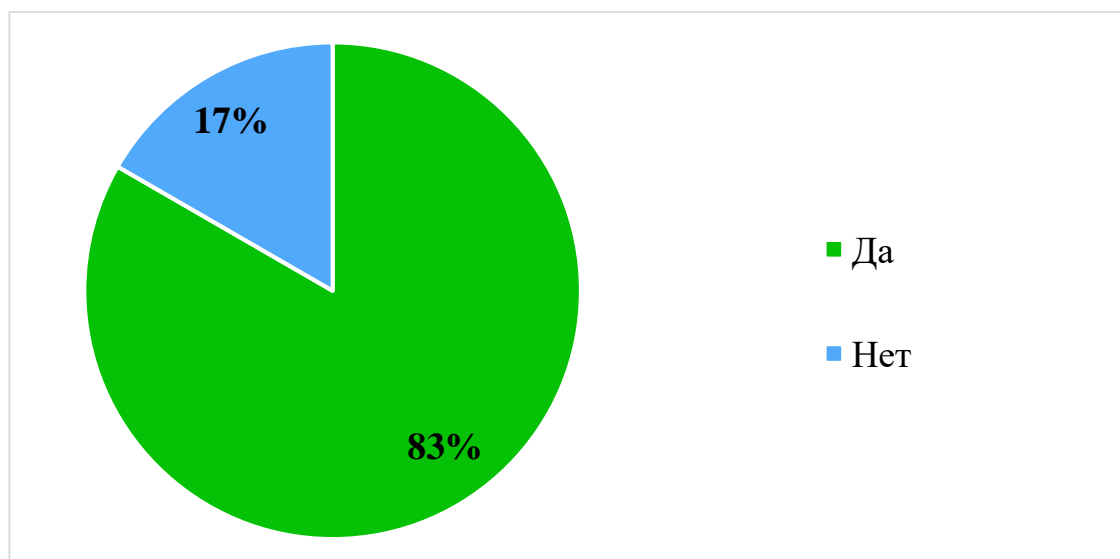


Рис. 22. Вздутие живота, чувство тяжести после приема пищи, отрыжка

У респондентов выявлено наличие болей: у 50% в эпигастральной области, у 27% в левом подреберье, у 17% в правом подреберье, у 6% болей нет. То есть в основном пациентов беспокоят боли в эпигастральной области и в левом подреберье (Рис. 23Рис. 23).

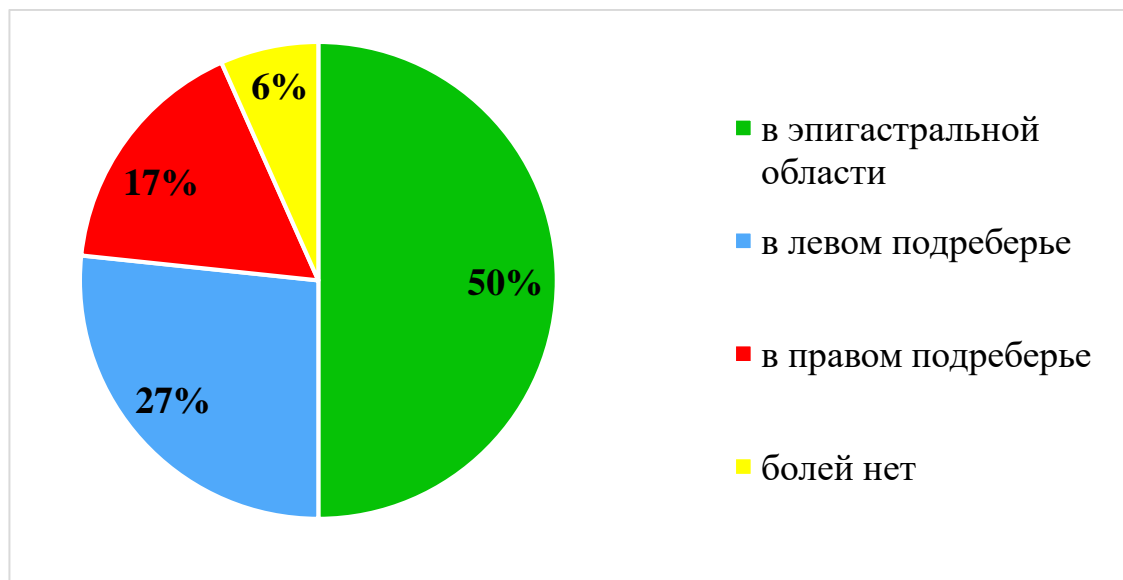


Рис. 23. Наличие болей

Результаты исследования показывают, что у 70% пациентов, то есть у большинства, есть нарушения стула, у 30% нет (**Ошибка! Источник ссылки не найден.**).

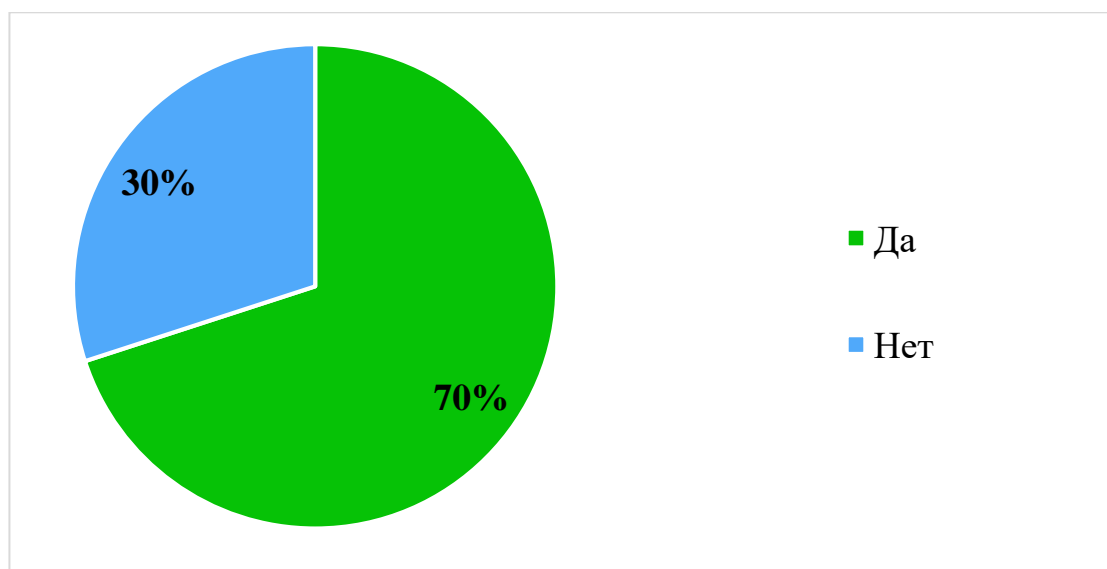


Рис. 24. Нарушения стула

В результате исследования у респондентов было выявлено снижение массы тела: 90% да, 10% нет. Таким образом, можно сделать вывод, что почти все респонденты отмечают снижение массы тела (Рис. 25).

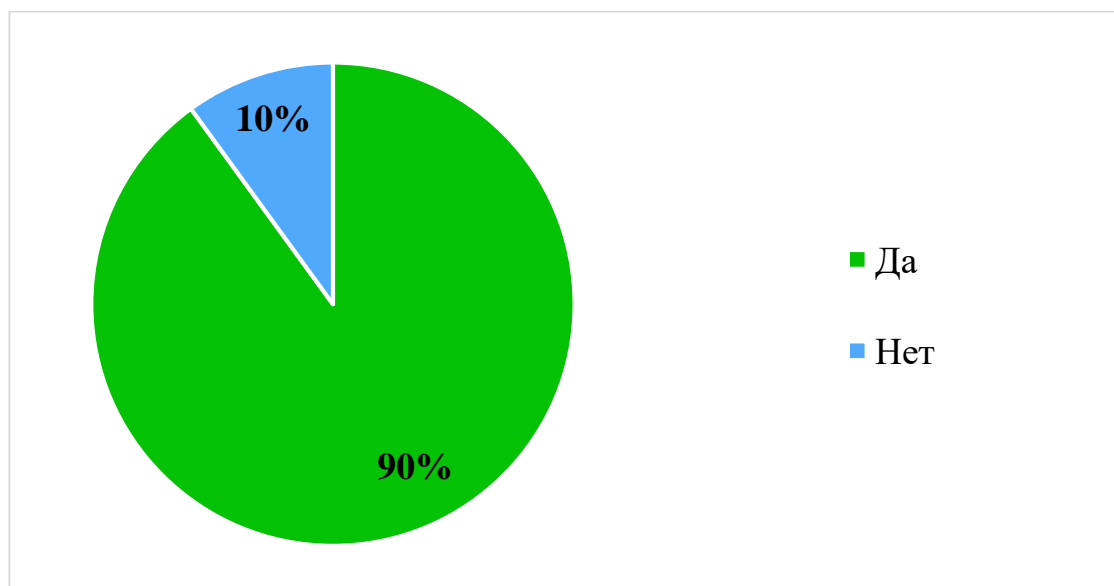


Рис. 25. Снижение массы тела

Исследование показало, что у 47% респондентов есть сахарный диабет, а у 53% его нет. В результате чего можно сделать вывод, что респонденты распределились на примерно одинаковые группы (Рис. 26).

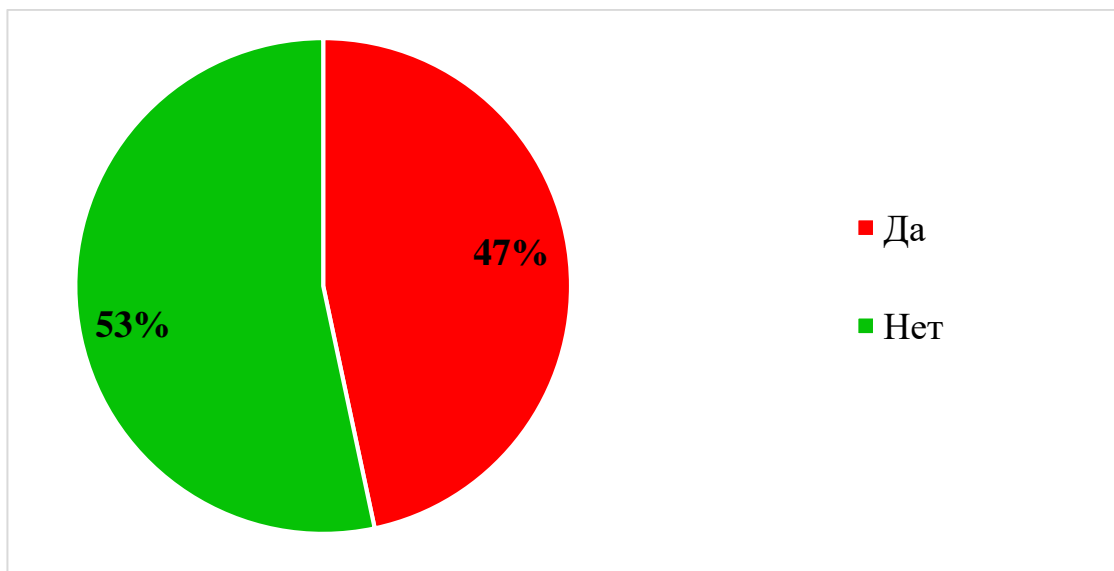


Рис. 26. Наличие сахарного диабета

В результате исследования было выявлено, что выполняют назначение врача 63% пациентов, иногда выполняют 27%, не выполняют 10%. Таким образом, можно сделать вывод, что большинство респондентов выполняют врачебные назначения (Рис. 27).

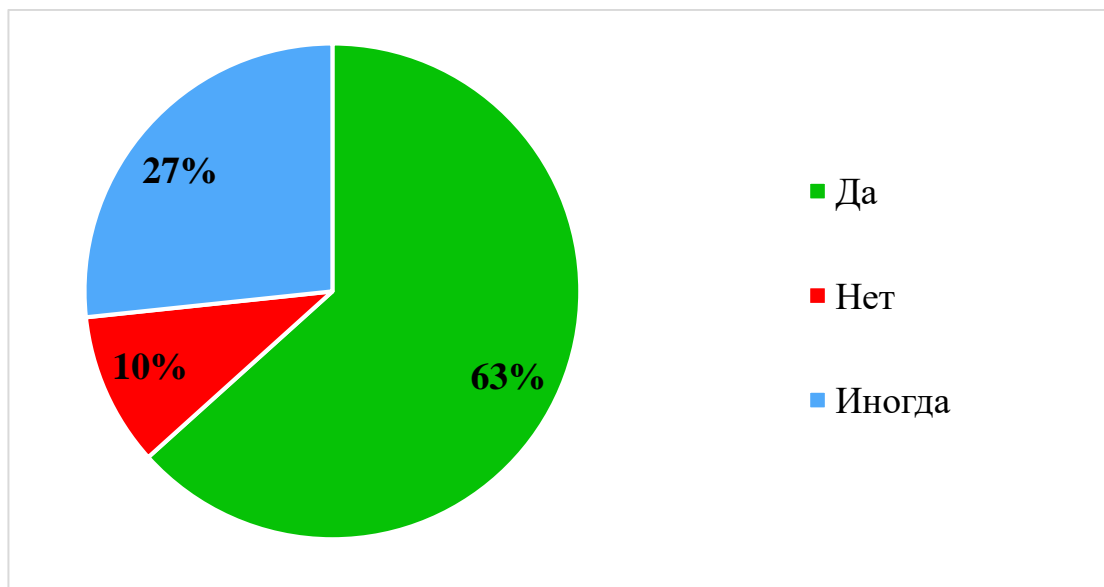


Рис. 27. Выполнение назначений врача

Было выявлено соблюдение диеты респондентами: 37% да, 10% нет, 53% иногда. То есть большинство респондентов не придерживается постоянно необходимой диеты (Рис. 28).

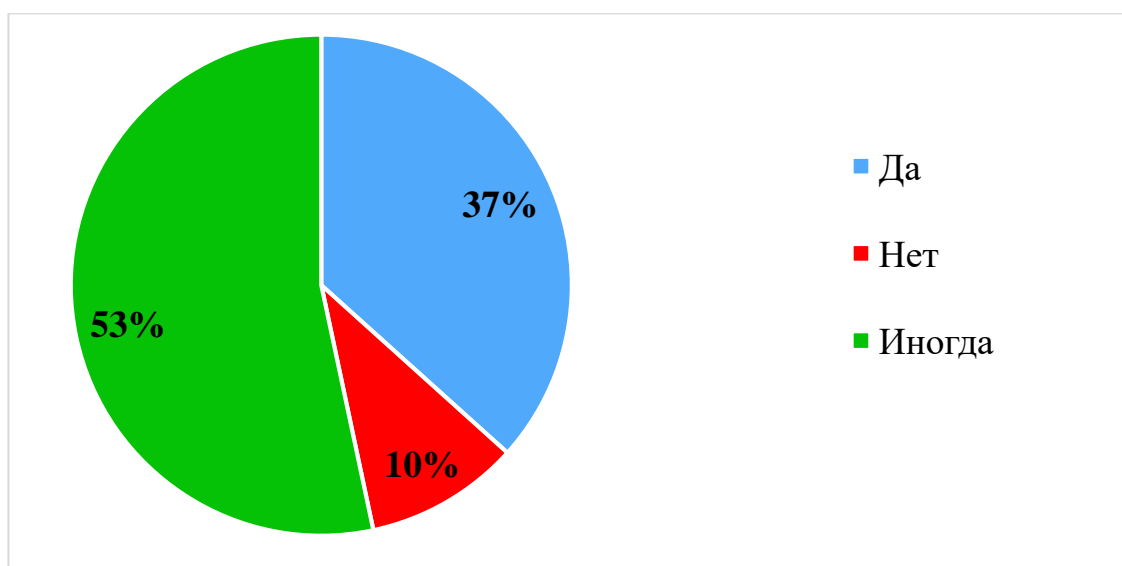


Рис. 28. Соблюдение диеты

Результаты исследования показывают, что 53% пациентов иногда забывают принять препарат, 30% забывают редко и 17% часто. Таким образом, можно сделать вывод, что больше половины пациентов иногда не помнят о том, что нужно принять препарат (Рис. 29).

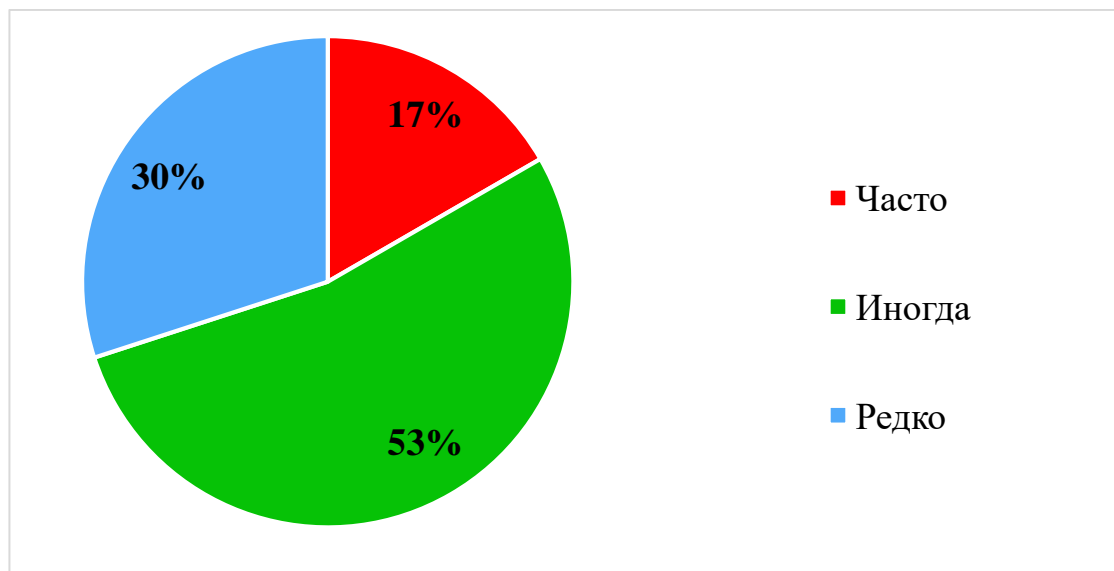


Рис. 29. Забывают принять препарат

В результате исследования было выявлено, что 53% респондентов, то есть большинство, прекращают прием препарата при первых признаках улучшения самочувствия, а 47% продолжают лечение (Рис. 30).

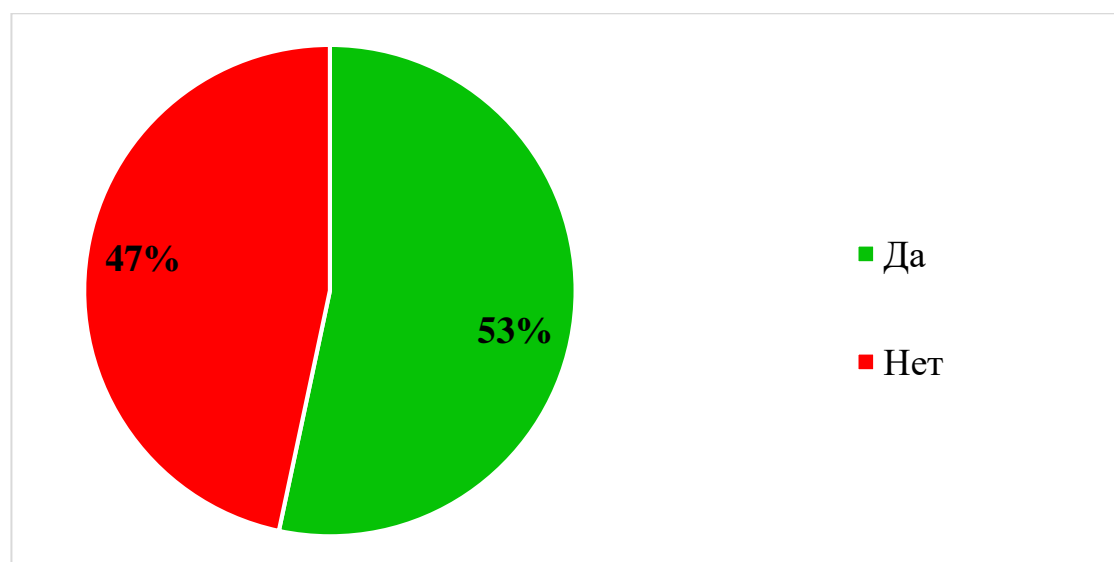


Рис. 30. Прекращение приема препарата при улучшении самочувствия

Исследование показало, что 83% респондентов, то есть большинство, прекращают прием препарата, если после него чувствуют себя плохо, а 17% продолжают прием (Рис. 31).

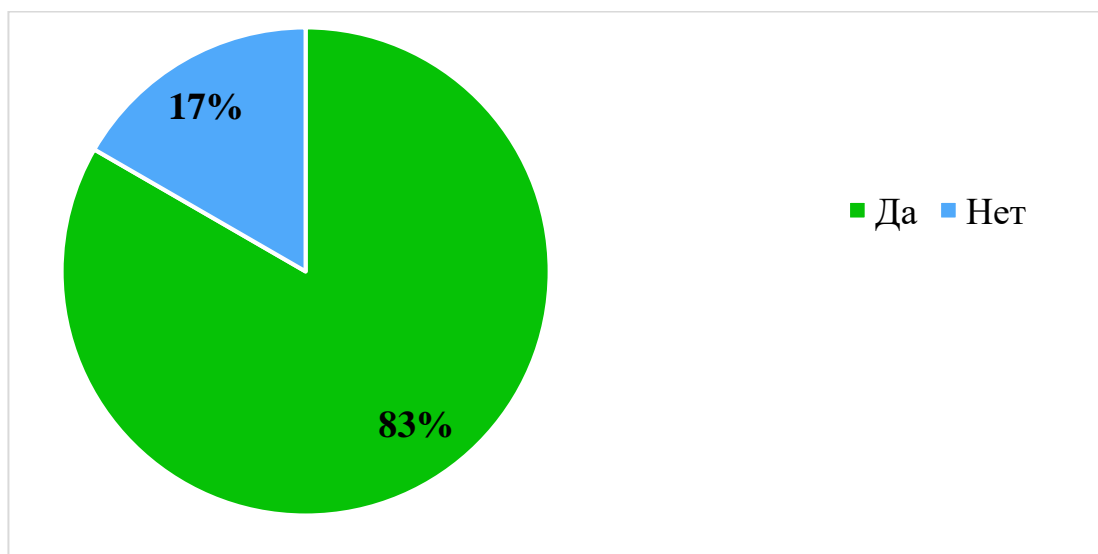


Рис. 31. Прекращение приема препарата при ухудшении самочувствия

Результаты исследования показали, что 47% респондентов знают о хроническом панкреатите немного, 36% знают достаточно много и 17% очень мало. В результате чего можно сделать вывод, что уровень знаний респондентов о своем заболевании низкий (Рис. 32).

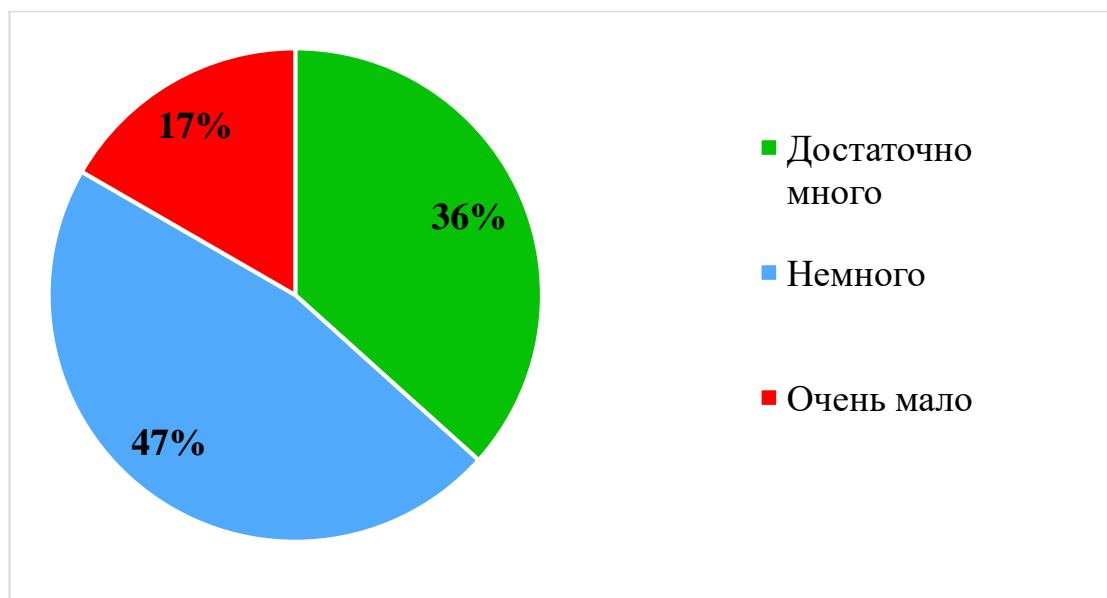


Рис. 32. Уровень знаний пациента о хроническом панкреатите

Было выявлено, что 50% пациентов узнали о заболевании из интернета, 23% от медицинских работников, 17% из журналов и книг, 10% из телепрограмм. Таким образом, можно сделать вывод, что большинство пациентов узнали о хроническом панкреатите самостоятельно (Рис. 33).

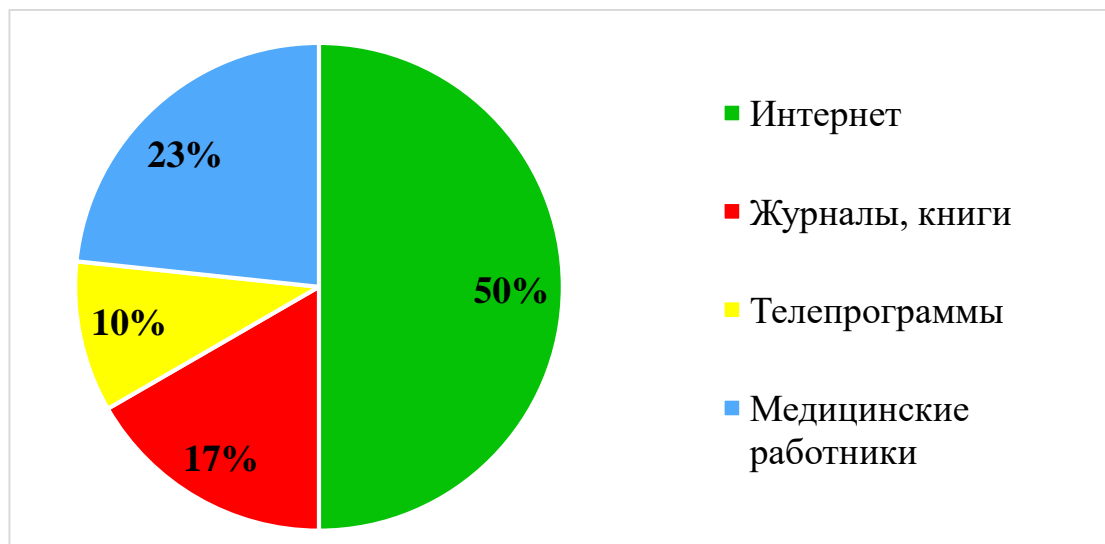


Рис. 33. Источник информации о хроническом панкреатите

В результате исследования было выявлено, что 53% респондентов считают, что профилактика хронического панкреатита заключается в рациональном питании, 30% – в ограничении алкоголя, 10% – в физической активности, 7% – в устранении стрессов. Таким образом, по мнению большинства респондентов профилактика состоит в соблюдении правил рационального питания и ограничении употребления алкоголя (Рис. 34).

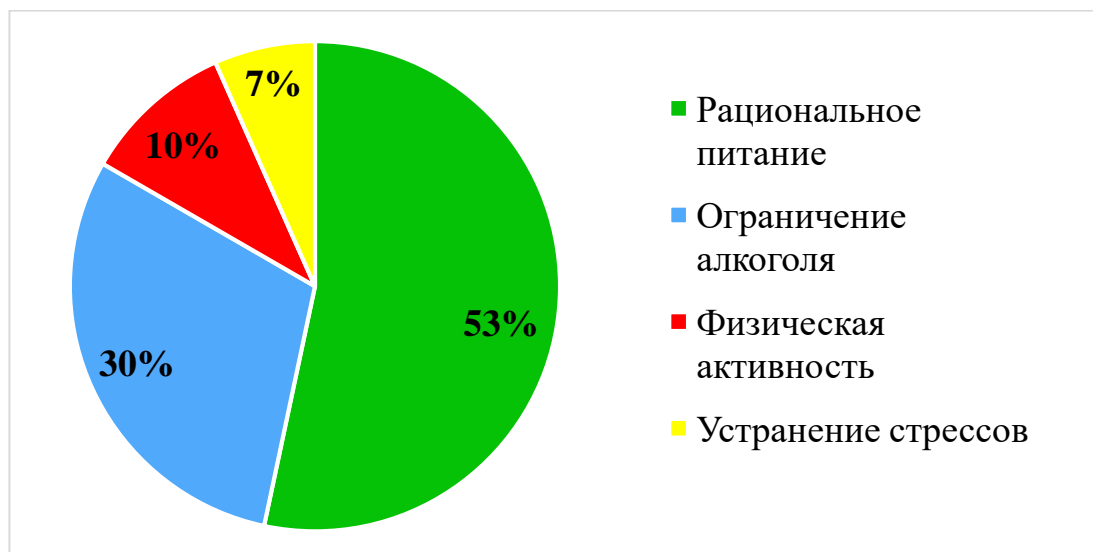


Рис. 34. Мнение респондентов о профилактике хронического панкреатита

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема хронического панкреатита остаётся актуальной и злободневной в настоящее время. Заболеваемость хроническим панкреатитом во всем мире отчетливо увеличивается и обусловлена ростом употребления алкоголя и распространением нерационального несбалансированного питания. Многие люди не знают о хроническом панкреатите, и если не проводить санитарно – просветительскую работу, то заболеваемость будет только расти.

В результате проведенного анализа статистических данных было выявлено, что чаще всего пациентов госпитализируют с заболеваниями органов пищеварения – 32%, при этом большинство из них были доставлены в больницу по экстренным показаниям. Среди всех болезней органов пищеварения заболевания поджелудочной железы занимают третье место по распространенности, при этом чаще всего у пациентов встречается хронический панкреатит. Уровень смертности от заболеваний поджелудочной железы достаточно высок и составляет 16% от всех случаев смерти от болезней органов пищеварения. Таким образом, учитывая результаты статистических данных, можно сделать вывод, что необходимо усилить профилактическую работу фельдшера по вопросам хронического панкреатита.

В результате проведенного анкетирования можно сделать выводы:

1. Хронический панкреатит встречается чаще у мужчин в возрасте 41-60 лет, обычно это люди со среднеспециальным образованием, живущие в городе. Большинство пациентов болеют хроническим панкреатитом в течение 1-10 лет с частотой обострений 1-2 раза в год и имеют осложнения, при этом многие не проходят диспансеризацию. Поэтому с пациентами нужно проводить беседы о профилактике осложнений хронического панкреатита и важности диспансерного наблюдения.

2. Исследование показало, что большинство пациентов курят и употребляют алкоголь, испытывают стрессы, а также нерегулярно принимают пищу и нарушают режим питания. Что говорит о необходимости проведения

бесед фельдшером о пагубном влиянии вредных привычек на организм, о важности здорового питания, о необходимости беречь себя и избегать стрессов.

3. Так же исследование показало, что примерно у половины пациентов есть желчнокаменная болезнь, а подавляющее большинство отмечают наличие различных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Многие пациенты не сразу обратились за медицинской помощью, а только через несколько дней. Поэтому фельдшеру нужно объяснять пациентам, что необходимо своевременно лечить заболевания и обращаться за медицинской помощью. В основном пациентов беспокоят боли в эпигастральной области и левом подреберье. Очень многие отмечают нарушения стула, диспепсические расстройства и снижение массы тела.

4. Было выявлено, что большинство пациентов выполняют назначения врача, но при этом многие иногда забывают принять препарат или прекращают лечение при улучшении самочувствия. Необходимо, чтобы фельдшер в своих беседах объяснял пациентам, что нельзя самостоятельно прекращать лечение.

5. Так же в результате исследования выявлено, что большинство респондентов знают о своем заболевании недостаточно и узнали о нем самостоятельно, при этом многие считают, что профилактика хронического панкреатита заключается в соблюдении правил рационального питания и ограничении алкоголя. Поэтому нужно улучшить проведение фельдшером санитарно – просветительных работ среди населения, ведь очень важно, чтобы люди знали о таком заболевании, как хронический панкреатит и его профилактике.

Проанализировав исследование, можно сделать вывод, что роль фельдшера в профилактике хронических панкреатитов велика. Для улучшения профилактической деятельности фельдшера необходимо качественно проводить санитарно – просветительные работы среди населения и беседы с пациентами, уделяя внимание всем аспектам профилактики и, конечно же, необходимо пропагандировать здоровый образ жизни. С данной целью также может быть разработан буклет по профилактике хронического панкреатита.

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Принимать пищу 4-5 раз в день в одни и те же часы, небольшими порциями, не переедать — это уменьшит нагрузку на поджелудочную железу.
2. Употреблять блюда из свежих продуктов в отварном, запеченном, изредка сушеном виде.
3. Необходимо отказаться от употребления алкоголя.
4. Ограничить жирные, особенно жареные блюда. Жиры следует добавлять в блюда (сливочное масло или растительное до 80 г. сутки).
5. Включить в рацион белок (до 110-115 г. в сутки). Продукты, содержащие белок (нежирное мясо, рыба, яичный белок), улучшат процессы восстановления поджелудочной железы, предотвратив прогрессирование заболевания.
6. Питаться разнообразно и включать в рацион разные продукты.
7. Не есть много сладостей, так как при хроническом панкреатите потребление в повышенном количестве легкоусвояемых углеводов приводит к повышению риска развития сахарного диабета.
8. Придерживаться режима труда и отдыха, не переутомляться, не нервничать. Вести активный образ жизни.
9. При появлении болей в животе спазматического характера, применять препараты – но-шпа (дротаверин), папаверин или баралгин.
10. С целью профилактики обострений применять комплекс ферментных препаратов: креон, панцитрат, мезим-форте, фестал. Их применяют непосредственно перед приемом пищи, во время еды или сразу же после нее.
11. Если на фоне лечения, назначенного врачом, появились симптомы в виде кожных высыпаний, рвоты, тошноты, головной боли, обязательно сообщить об этом доктору для выявления побочных эффектов медикаментозных препаратов.
12. Регулярно посещать врача (не реже 1 раз в 6 мес.), проходить необходимые исследования. Это будет способствовать правильному подбору препаратов, эффективному лечению и предупреждению осложнений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология [Текст] / В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 480 с.
2. Калинин, А.В. Острый и хронический панкреатит [Текст] / А.В. Калинин, А.И. Хазанов. – Москва: МЕДпресс-информ, 2016. – 160 с.
3. Мерзликин, Н.В. Панкреатит [Текст] / Н.В. Мерзликин, Н.А. Бражникова, В.Ф. Цхай. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 528 с.
4. Отвагина, Т. В. Терапия [Текст] / Т.В. Отвагина. – 8-е изд., перераб. и доп. – Ростов – н/Д.: Феникс, 2017. – 394 с.
5. Смолева, Э.В. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи: [Текст] / Э.В. Смолева. – 10-е изд. – Ростов - н/Д.: Феникс, 2015. – 460 с.
6. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни: учебник [Текст] / Н.И. Федюкович. – 2-е изд. – Ростов - н/Д.: Феникс, 2017. – 505 с.
7. Гордиенко, А.В. Госпитальная терапия [Электронный ресурс] / А.В. Гордиенко. – 2-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. – 535 с. – Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=253744>.
8. Мерзликин, Н.В. Хирургические болезни [Электронный ресурс] / Н.В. Мерзликин, Н.А. Бражникова, Б. И. Альперович. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 600 с. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434574.html>.
9. Мухин, Н.А. Внутренние болезни [Электронный ресурс] / Н.А. Мухин, В.С. Моисеев, А.И. Мартынов. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 896 с. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433119.html>.
10. Савельев, В.С. Хирургические болезни [Электронный ресурс] / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 720 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439982.html>.

11. Стрюк, Р.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] / Р.И. Стрюк, И.В. Маев. - 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 544 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425169.html>.
12. Циммерман, Я.С. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] / Я.С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 816 с. - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>.
13. Дорофеев, А.Э. Хронический панкреатит: современные подходы к лечению [Электронный ресурс] / А.Э. Дорофеев // Новости медицины и фармации. – 2015. – №3. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23760172>.
14. Еремина, Е.Ю. Хронический алкогольный панкреатит: фокус на состояние кишечного пищеварения [Электронный ресурс] / Е.Ю. Еремина, О.А. Строкова // Медицинский алфавит. – 2018. – №30. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=36965409>.
15. Казюлин, А.Н. Этиология хронического панкреатита [Электронный ресурс] / А.Н. Казюлин // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2014. – №11. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21440190>.
16. Петухов, А.Б. Особенности лечебного питания больных хроническим панкреатитом [Электронный ресурс] / А.Б. Петухов, И.В. Маев // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2014. – № 1. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21537959>.
17. Полунина, Т.В. Хронический панкреатит [Электронный ресурс] / Т.В. Полунина // Лечащий врач. – 2018. – №6. – Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2018/06/15436999>.
18. Скворцов, В.В. Актуальные вопросы диагностики и лечения хронического панкреатита [Электронный ресурс] / В.В. Скворцов, А.В. Тумаренко // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – №21. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22702625>.
19. Бавыкина, Е.А. Хронический панкреатит [Электронный ресурс] / Е.А. Бавыкина. – 2014. – Режим доступа: <https://pancreatit.info/bolezni-xronicheskij-pankreatit>.

ПРИЛОЖЕНИЕ

АНКЕТА

Данное анкетирование проводится с целью выявления роли фельдшера в профилактике хронических панкреатитов. Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить дефекты в профилактике и определить мероприятия по ее улучшению.

При заполнении анкеты (анонимно) внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или запишите свой вариант ответа, который отражает Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде, содержание отдельных анкет разглашаться не будет.

1. Ваш пол: а) Мужчина; б) Женщина.
2. Возраст: а) От 18-30 лет; б) От 31-40 лет; в) От 41-60 лет; г) От 60 и более.
3. Место жительства: а) город; б) за городом.
4. Образование _____
5. Давность заболевания: _____
6. Наличие осложнений: а) Да; б) Нет.
7. Диспансерное наблюдение: а) Да; б) Нет.
8. Частота обострений: _____
9. Курение: а) Да; б) Нет.
10. Употребление алкоголя: а) Да; б) Нет; в) Иногда.
11. Регулярность приема пищи: а) Да; б) Нет.
12. Наличие в питании острых, жирных и копченых блюд: а) Да; б) Нет; в) Иногда.
13. Наличие желчнокаменной болезни: а) Да; б) Нет.
14. Наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта: а) Да; б) Нет.
15. Наличие избыточного веса: а) Да; б) Нет.
16. Наличие стрессовых ситуаций: а) Да; б) Нет.

- 17.Обращение за медицинской помощью после появления первых симптомов:
а) В течение первых часов; б) В тот же день; в) Через несколько дней.
- 18.Наличие болей: а) в эпигастральной области; б) в правом подреберье; в) в левом подреберье; г) болей нет.
- 19.Вздутие живота, чувство тяжести после приема пищи, отрыжка: а) Да; б) Нет.
- 20.Нарушения стула (запоры, диарея): а) Да; б) Нет.
- 21.Снижение массы тела: а) Да; б) Нет.
- 22.Наличие сахарного диабета: а) Да; б) Нет.
- 23.Выполнение назначений врача: а) Да; б) Нет; в) Иногда.
- 24.Соблюдение диеты: а) Да; б) Нет; в) Иногда.
- 25.Вы забываете принять препарат: а) Часто; б) Иногда; в) Редко.
- 26.Прекращение приема препарата при улучшении самочувствия: а) Да; б) Нет.
- 27.Прекращение приема препарата, если после него Вы чувствуете себя плохо:
а) Да; б) Нет.
- 28.О хроническом панкреатите Вы знаете: а) Достаточно много; б) Немного; в) Очень мало.
- 29.Источник знаний о хроническом панкреатите: а) Интернет; б) Журналы, книги; в) Телепрограммы; г) Медицинские работники; д) Свой вариант_____
- 30.По Вашему мнению, профилактика хронического панкреатита заключается в:

Благодарим за участие!